



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Enfermagem Comunitária**  
Relatório de Estágio

**Prevenção do Consumo de Álcool nos Adolescentes  
de uma Escola**

**Jorge Emanuel Vicente Almeida**

**LISBOA**

**2019**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Enfermagem Comunitária**  
**Relatório de Estágio**

**Prevenção do Consumo de Álcool nos Adolescentes  
de uma Escola**

**Jorge Emanuel Vicente Almeida**

Docente Orientador: Professora Doutora Andreia Jorge Silva da Costa

**LISBOA**

**2019**



**A promoção da saúde está para além da prestação de cuidados de saúde. O trabalho intersectorial, tendo em vista a criação de condições ambientais e sociais facilitadoras de escolhas saudáveis e a redução das desigualdades sociais, são consideradas condições imprescindíveis para a obtenção de ganhos em saúde para toda a população.**

**Carta de Ottawa (1986)**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os que de alguma maneira tornaram possível a realização deste relatório de estágio que é o culminar do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Comunitária.

Um apreço especial à minha esposa, filho e mãe.

À Senhora Professora Doutora Andreia Jorge Silva da Costa, docente orientador deste relatório, pela sua presença e constante disponibilidade, incentivo e apoio nos momentos oportunos, facilitando o percurso desenvolvido.

À Senhora Enfermeira Especialista Maria de Fátima dos Santos Ramalho Arrabaço, orientador clínico durante todo o percurso do estágio, pelos conselhos e indicações sempre presentes na condução do projeto e na escolha das estratégias mais eficazes a adotar.

Ao Coordenador da UCC Amadora+ Senhor Enfermeiro Chefe José Cassiano, por ter permitido a realização do estágio na UCC Amadora+ Saúde Escolar com o seu elevado sentido de oportunidade, facilitando a condução das atividades no decorrer do estágio.

A toda a equipa multiprofissional da UCC Amadora+, em especial a da Saúde Escolar pelos ensinamentos que me proporcionaram e por me fazerem sentir parte integrante da equipa.

A toda a equipa de professores do PES da escola que colaboraram incansavelmente para que a Intervenção Comunitária com os adolescentes obtivesse todo esse sucesso.

Aos meus colegas onde trabalho pela paciência, amizade e palavras de encorajamento.

A todos, o meu sincero e profundo OBRIGADO.



## RESUMO

**Introdução:** A evidência científica permite-nos fundamentar que o consumo nocivo do álcool é um grave problema de saúde pública, porque se reflete na saúde das pessoas em condições agudas e crônicas incapacitantes. Está associado a alterações na saúde global do indivíduo, no seu desenvolvimento com repercussões sociais, incluindo violência, a negligência, o abuso infantil, o absentismo, os acidentes de trabalho e os rodoviários. O projeto de investigação foi desenvolvido no âmbito da Saúde Escolar de uma Unidade de Cuidados na Comunidade. A promoção da saúde nas escolas, sustentada na prática baseada na evidência, faz parte das principais funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Teve como objetivo: promover a aquisição de conhecimentos que conduzam à prevenção do consumo de álcool na adolescência, nos alunos de uma escola do Concelho da Amadora.

**Metodologia:** A fundamentação teórica baseou-se numa revisão bibliográfica e numa revisão sistemática da literatura do tipo Scoping Review, conforme o protocolo de Joanna Briggs Institute (JBI). Utilizou-se a metodologia do Planeamento em Saúde para avaliar necessidades, fixar objetivos, programar a intervenção comunitária, executá-la e avaliá-la. O instrumento de recolha de dados aplicado foi o Questionário de Conhecimento acerca do Álcool (QCaA). A Educação para a Saúde foi a estratégia escolhida tendo por base, como referencial teórico de enfermagem, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. A amostra foi constituída por trinta e seis adolescentes que consentiram participar de forma voluntária no estudo.

**Resultados:** A análise dos dados do QCaA, antes da Intervenção Comunitária, revelou um importante défice de conhecimento nas várias vertentes sobre o álcool. Com a Intervenção Comunitária, este défice de conhecimento diminuiu.

**Conclusão:** Após a Intervenção Comunitária e através da reaplicação do QCaA, obtiveram-se resultados positivos, sugestivos de aquisição de conhecimentos sobre o álcool e o seu consumo por parte dos adolescentes. Estes, também, avaliaram “muito satisfatoriamente” toda a Intervenção Comunitária, considerando-a um meio

importante para adquirir conhecimentos. Tratando-se de um projeto recente não foi possível avaliar se esta aquisição de conhecimento mudou comportamentos.

**Palavras-chave:** Adolescentes, consumo de álcool, prevenção, promoção da saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The scientific evidence allows us to state that harmful alcohol consumption is a serious public health issue because it is reflected in people's health through acute and chronic disabling conditions. It is associated with changes in the overall health of the individual, in his development with a multitude of social repercussions including violence, neglect, child abuse, absenteeism, accidents at work and in the road. This investigation project was carried out regarding School Health from a Unit of Community Care. The promotion of health in schools, sustained in the practice based on evidence, is one of the main roles of the Nurse Specialist in Community Nursing. The goal of this study was: the promotion of knowledge that leads to the prevention of alcohol consumption during adolescence, in a school from the Municipality of Amadora.

**Methodology:** The theoretical basis was based on a bibliographic review and a systematic review of the literature from the Scoping Review type, according to the Joanna Briggs Institute protocol (JBI). The Health Planning methodology was used to evaluate needs, to plan objectives, to program community intervention and to execute and evaluate it. The data collection instrument applied was the Alcohol Knowledge Survey (AKS). The Education towards Health was the chosen strategy, based on Nola Pender's Health Promotion Model as the theoretical reference for nursing. The project had the involvement of thirty-six students, all of whom had offered their consent to participate in the study.

**Results:** The data analysis of AKS, before the Community Intervention, revealed a lack of knowledge on the several aspects of alcohol. With the Community Intervention this deficit in knowledge decreased.

**Conclusion:** After the Community Intervention and through the reapplication of the AKS, positive results were obtained, suggestive of the acquisition of knowledge about alcohol and its consumption by adolescents. These, too, evaluated "very satisfactorily" all of the Community Intervention, considering it an important means to acquire knowledge. As the project was recent it was not possible to evaluate if this acquisition of knowledge changed behaviors.

**Keywords:** adolescents, alcohol consumption, prevention, health promotion.

## **SIGLAS (ordem alfabética)**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados

DGE – Direção-Geral da Educação

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EpS – Educação para a Saúde

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

JBÍ - Joanna Briggs Institute

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PES – Projeto de Educação para a Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
1.1. Revisão Sistemática da Literatura – Scoping Review .....	17
1.2. Prevenção do Consumo de Álcool no Adolescente.....	18
1.3. Adolescência .....	20
1.4. A Escola .....	21
1.5. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender .....	22
1.6. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e a Saúde Escolar .....	25
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>27</b>
2.1. Procedimentos Éticos.....	28
2.2. Diagnóstico da Situação de Saúde.....	30
2.2.1. Contexto.....	31
2.2.2. População .....	32
2.2.3. Instrumento de Recolha de Dados.....	33
2.2.4. Análise dos Dados e Principais Resultados .....	34
2.3. Determinação de prioridades .....	40
2.3.1. Diagnóstico de enfermagem .....	41
2.4. Fixação de Objetivos.....	42
2.5. Seleção de Estratégias .....	44
2.6. Preparação Operacional – Programação .....	45
2.7. Avaliação.....	49
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>54</b>
Reflexão sobre as Competências Desenvolvidas e Adquiridas.....	54
Reflexão sobre o projeto e suas limitações.....	57
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>63</b>
Apêndice I – Scoping Review e Prisma Flow Diagram .....	64
Apêndice II – Pedido de Autorização (ACES Amadora).....	69
Apêndice III – Pedido de Autorização (Agrupamento de Escolas da Amadora).....	72
Apêndice IV – Pedido de Autorização (UCC Amadora+).....	75
Apêndice V – Pedido de Autorização para a utilização do QCaA .....	78
Apêndice VI – Consentimento Informado para os Encarregados de Educação .....	80
Apêndice VII – Consentimento Informado para os Adolescentes .....	82
Apêndice VIII – Cronograma de Atividades (GANTT).....	84
Apêndice IX – Instrumento de Recolha de Dados .....	86
Apêndice X – Resultado dos Dados Sociodemográficos da Amostra e do QCaA Antes e Depois da Intervenção Comunitária .....	91
Apêndice XI – Inter-relação Objetivo/Atividade .....	100
Apêndice XII – Indicadores de Resultado e Indicadores de Atividade Pretendidos.....	103
Apêndice XIII – Póster da Intervenção Comunitária.....	105
Apêndice XIV – Plano Operacional: Programação .....	107
Apêndice XV – Diapositivos Apresentados na Atividade Um (1) da Intervenção Comunitária .....	111
Apêndice XVI – Diapositivos Apresentados na Atividade Dois (2) da Intervenção Comunitária .....	121
Apêndice XVII – Questionário de Avaliação da Intervenção Comunitária.....	141
<b>ANEXOS .....</b>	<b>143</b>
Anexo I – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender .....	144
Anexo II – Autorização da CNPD.....	148
Anexo III – Autorização da DGE .....	151
Anexo IV – Apreciação favorável da CES da ARSLVT .....	153

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização dos adolescentes inquiridos quanto à Naturalidade .....	35
Gráfico 2 – Caracterização dos adolescentes inquiridos de acordo com o Agregado Familiar .....	36
Gráfico 3 – Distribuição dos adolescentes inquiridos em relação à pessoa ou pessoas com quem partilham as angústias .....	36
Gráfico 4 – Distribuição, em percentagem, dos adolescentes inquiridos por respostas corretas e erradas relativamente a cada afirmação do QCaA .....	37
Gráfico 5 – Comparação da percentagem obtida antes e depois da Intervenção Comunitária (IC), relativamente às 9 afirmações do QCaA que revelaram <u>maior</u> défice de conhecimento .....	51
Gráfico 6 – Comparação da percentagem obtida antes e depois da Intervenção Comunitária (IC), relativamente às 23 afirmações do QCaA que revelaram défice de conhecimento .....	52
Gráfico 7 – Comparação da percentagem obtida antes e depois da Intervenção Comunitária (IC), relativamente às 7 afirmações do QCaA que revelaram aumento de respostas incorretas depois da IC .....	53

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição por ordem decrescente das respostas incorretas, das afirmações do QCaA, por parte dos adolescentes inquiridos .....	37
Quadro 2 – Plano operacional dos três momentos disponibilizados pela equipa do PES da escola para a Intervenção Comunitária .....	46
Quadro 3 – Avaliação da Intervenção Comunitária pelos Indicadores .....	50



## INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do terceiro semestre do 9º Curso Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem Comunitária. Decorreu no período de 24 de setembro de 2018 a 08 de fevereiro de 2019, na Unidade de Cuidados na Comunidade Amadora + (UCC Amadora+) do ACES Amadora, no âmbito da Saúde Escolar. A intervenção comunitária teve como objetivo: promover a aquisição de conhecimentos que conduzam à prevenção do consumo de álcool na adolescência, nos alunos do 8º 2 e 8º 3 de uma escola do Concelho da Amadora, de outubro de 2018 a fevereiro de 2019.

A pertinência do desenvolvimento desta temática tem por base a magnitude do consumo de álcool como grave problema de Saúde Pública. Segundo o *Global status report on alcohol and health 2018* da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Europa é a região do mundo com os níveis mais elevados de consumo de álcool e danos relacionados com o álcool. Portugal está entre os maiores consumidores de álcool do mundo por pessoa. O mesmo relatório apresenta dados de 2016, que mostram que 3,0 milhões de mortes em todo o mundo foram atribuíveis ao consumo de álcool, cerca de 6% de toda a mortalidade mundial (WHO, 2018).

O *Global status report on alcohol and health 2018* da OMS, como o seu antecessor, reforça o consumo nocivo do álcool como um problema de Saúde Pública mundial porque se reflete em condições agudas e crónicas incapacitantes. Está associado a muitas questões graves de saúde global do indivíduo, do seu desenvolvimento com repercussões sociais, incluindo violência, negligência, abuso infantil, absentismo no trabalho, acidentes laborais e rodoviários. A evidência científica confirma, ainda, a ação indireta do consumo de álcool, no condicionamento de cerca de 200 doenças e incapacidades. É determinante em múltiplas situações de doenças transmissíveis e não transmissíveis, porque predispõe e agrava outras doenças (doenças infecciosas, cérebro-cardiovasculares, digestivas, neoplasias, psiquiátricas) e é diretamente responsável por uma morbilidade de expressão multiforme causadora de graves impactos nas famílias e consequentemente na sociedade (WHO, 2014, 2018; WHO Regional Office for Europe, 2012).

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) através do IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral de Portugal em 2017, concluiu que “o álcool é a substância psicoativa mais consumida em Portugal. (...) O seu consumo apresenta subida da prevalência ao longo da vida, quer entre a população total (15-74 anos) quer entre a população jovem adulta (15-34 anos), e entre homens e mulheres”(Balsa, Vital, & Urbano, 2018, pp. 33, 40). Preocupante continua a ser o início precoce do consumo de álcool e o seu consumo excessivo, apesar de, no último relatório do SICAD (2018), se ter verificado um retardar do início dos consumos face a 2012, com a idade média a passar de 16 para 17 anos e a moda de 16 para 18 anos, o início do consumo de bebidas alcoólicas tende a ser precoce e abaixo da idade mínima legal (SICAD, 2018).

Neste sentido, a abordagem em relação a esta problemática deverá efetuar-se o mais precocemente possível, daí a implementação do projeto e a intervenção comunitária realizar-se em ambiente escolar dado a escola ser o espaço onde crianças, adolescentes e jovens passam a maior parte do seu tempo.

O reconhecimento desta realidade revela que é urgente encontrar estratégias de intervenção direcionadas à educação para a prevenção do consumo de álcool nos adolescentes, tal como a importância atribuída ao papel ativo dos adolescentes na gestão dos seus próprios comportamentos de saúde, tendo como baluarte a promoção da saúde. Como tal, adotou-se como referencial teórico de enfermagem o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Este modelo propõe uma estrutura organizada para integrar perspetivas da enfermagem e da ciência comportamental com fatores que influenciam os comportamentos de saúde. É um guia que nos apoia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos a envolverem-se no seu próprio processo de saúde (Pender *et al.*, 2015).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública aprovada pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros (2018), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) deve “Estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (...)” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19354). Esta metodologia, segundo os autores Tavares (1990) e Imperatori

& Giraldes (1993), envolve 8 etapas principais, cada etapa será desenvolvida e descrita no capítulo dois referentes à metodologia.

Na elaboração do relatório foram utilizadas fontes de pesquisa de documentação científica: revisão bibliográfica, devidamente referenciada e através de uma revisão sistemática da literatura do tipo Scoping Review, conforme o protocolo de Joanna Briggs Institute (JBI).

Para melhor compreensão do presente relatório, este encontra-se organizado em três capítulos:

No primeiro capítulo apresenta-se um enquadramento teórico onde se destaca a legislação em vigor em Portugal acerca do álcool, onde está contextualizada a revisão sistemática da literatura (Scoping Review), o porquê de prevenir o consumo de álcool no adolescente, o conceito de adolescência, a escola, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e para finalizar o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária no âmbito da saúde escolar.

No segundo capítulo é realçada a importância da utilização da metodologia do Planeamento em Saúde para uma intervenção comunitária eficaz, com a descrição das suas várias etapas e respetivos procedimentos.

No terceiro capítulo, em termos de conclusão e referente às considerações finais da intervenção comunitária, efetuou-se uma reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas na área da Especialização em Enfermagem Comunitária, a responsabilidade que implica o grau de Mestre, bem como uma referência às limitações do planeamento da intervenção comunitária e às implicações para a prática.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os temas abordados no presente capítulo resultaram de uma revisão bibliográfica no Google Académico e no Catálogo Bibliográfico On-line da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), devidamente referenciada e de uma revisão sistemática da literatura (Scoping Review), sobre a temática da prevenção do consumo de álcool nos adolescentes em ambiente escolar.

Em Portugal, após a constatação do consumo de álcool em idades cada vez mais precoces, criou-se o primeiro regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público através do Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril de 2013. Este novo regime jurídico não tinha como objetivo sancionar ou penalizar comportamentos, apenas pretendia de forma progressiva colocar barreiras ao consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes, através do aumento da idade mínima de acesso e da proibição correspondente de venda, no sentido de aumentar a idade mínima legal de consumo, conforme recomendações da OMS. Resumindo, este Decreto-Lei proibia a venda e consumo de bebidas espirituosas (Whisky, vodka, gin, etc.) a quem não tivesse completado 18 anos de idade e permitia o acesso e consumo de bebidas alcoólicas não espirituosas (cerveja, vinho e outras bebidas fermentadas) a quem tivesse completado os 16 anos de idade (Decreto-Lei nº 50/2013, 2013).

Dois anos depois da entrada em vigor do Decreto-Lei e após a constatação, através de estudos realizados por entidades nacionais, de que continuavam a existir elevados níveis de comportamentos de risco e de excesso de consumo, com consequências nefastas para a população adolescente, considerou o Governo de então, ser necessário a implementação de melhores medidas de proteção dos menores no que tocasse ao acesso a bebidas alcoólicas. Assim, a 1 de julho de 2015 entra em vigor o novo Decreto-lei nº106/2015 de 16 de junho, que proíbe o acesso e consumo de qualquer bebida alcoólica em locais públicos e em locais abertos ao público, por menores que não tenham completado os 18 anos de idade (Decreto-Lei nº 106/2015, 2015).

Estudos do SICAD (2015), revelaram que independente de variáveis como a idade, o sexo ou a localização geográfica em Portugal, entre os adolescentes, “(...)

existe um grande desconhecimento no que respeita à legislação em vigor. De uma forma geral, os jovens assumem saber pouco ou nada acerca da lei, desconhecendo os limites que esta impõe à venda e ao consumo de álcool em locais públicos” (SICAD, 2015, p. 73). De igual forma, estes estudos revelaram não estarem informados acerca da diferenciação entre “bebidas espirituosas” e “bebidas não espirituosas.”

Segundo o Regulamento (CE) n.º 110/2008, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de janeiro de 2008, as bebidas alcoólicas são todas as bebidas fermentadas, produtos intermédios, bebidas espirituosas e bebidas não espirituosas. As bebidas espirituosas são bebidas alcoólicas com um título alcoométrico mínimo de 15 % vol., obtidas por destilação de produtos previamente fermentados. A bebida não espirituosa é toda a bebida alcoólica que por fermentação, destilação ou adição, contenha um título alcoométrico superior a 0,5 % vol., mas inferior ao título alcoométrico mínimo de 15 % vol. (Decreto-Lei nº 50/2013, 2013).

### **1.1. Revisão Sistemática da Literatura – Scoping Review**

A revisão sistemática da literatura do tipo Scoping Review, efetuou-se conforme o protocolo de Joanna Briggs Institute, que tem a Mnemónica População (P); Conceito (C); Contexto (C) - (PCC) (The Joanna Briggs Institute, 2015).

A questão de investigação foi a seguinte: Como prevenir o consumo de álcool, nos adolescentes em ambiente escolar?

Foram incluídos na Scoping Review os estudos publicados nas duas bases de dados, a MEDLINE e a CINAHL via EBSCOhost Integrated Search, consideraram-se os seguintes filtros: os artigos com resumo, acessíveis em “full text”, encontrarem-se escritos em língua inglesa ou portuguesa e publicados a partir do ano 2009 inclusive.

Apresentamos em Apêndice I, o objetivo da Scoping Review, a mnemónica referida com as palavras de indexação utilizadas, os critérios de inclusão e, finalmente, o Prisma Flow Diagram, referente à pesquisa realizada de que resultaram 14 artigos.

## 1.2. Prevenção do Consumo de Álcool no Adolescente

Os resultados de estudos na população escolar indicam que em muitos países das Américas, Europa e Pacífico Ocidental o consumo de álcool começa antes dos 15 anos de idade e que a prevalência deste consumo entre estudantes de 15 anos pode estar na faixa de 50 a 70% com uma diferença entre rapazes e raparigas pouco significativa (WHO, 2018).

Dos artigos resultantes da revisão scoping, obtiveram-se dados do Brasil, dos Estados Unidos da América, da Austrália e, em maior número, dos países de norte a sul da Europa, em que a prevenção do consumo de álcool no adolescente é encarada pelos governos e pelas instituições de saúde como uma prioridade e um problema de saúde pública. Têm em comum o objetivo de adiar o máximo possível o início precoce do consumo de álcool, pelos adolescentes. A escola é considerada o local privilegiado para as equipas multidisciplinares explorarem esta problemática, no sentido de identificarem os fatores de risco e fatores protetores, tendo sempre em conta o contexto e perfil de cada adolescente. Há um consenso na importância dos determinantes de saúde como fatores influenciadores, dos quais realçaram o grupo de pares e a família. Estes estudos partilham a convicção de que a falta de conhecimentos acerca dos efeitos nocivos do álcool, leva à diminuição da perceção do risco do seu consumo pelos adolescentes, sendo importante capacitá-los para uma tomada de decisão responsável. Os autores dos artigos ainda sugerem ser fundamental que os governos através de políticas e das instituições de saúde em parceria com as escolas, elaborem programas estratégicos de intervenção dinâmicos, promotores de saúde e de estilos de vida saudáveis, para o adolescente (Adolfson *et al.*, 2014; Andreas & Jackson, 2015; Barrett, Newton, Teesson, Slade, & Conrod, 2015; Barroso, Mendes, & Barbosa, 2009; Beckman, Svensson, Geidne, & Eriksson, 2017; Davenport *et al.*, 2012; Fernández-Artamendi, Secades-Villa, Fernández Hermida, García-Fernández, & García-Rodríguez, 2013; Lammers *et al.*, 2015; Lavikainen, Salmi, Aaltonen, & Lintonen, 2011; Lo, Weber, & Cheng, 2013; Neto *et al.*, 2015; Rodrigues, Figueiredo, Rocha, Ward, & Tavares, 2018; Strøm *et al.*, 2015; M. L. Tavares, Reinaldo, Villa, Henriques, & Pereira, 2017; Wang, Hipp, Butts, Jose, & Lakon, 2015).

Destes artigos selecionados, alguns autores referiram existir uma relação probabilística de quanto mais cedo o adolescente iniciar o consumo de álcool, maior será a probabilidade de experimentar outros padrões de consumo e outras substâncias aditivas ilícitas. A experimentação inicial do consumo de álcool, normalmente, segue uma sequência gradual e crescente ao longo do tempo que começa com consumos lícitos (adolescentes  $\geq 18$  anos em Portugal) e progride com consumos de substâncias ilícitas (Beckman *et al.*, 2017; Fernández-Artamendi *et al.*, 2013; Lammers *et al.*, 2015; Lavikainen *et al.*, 2011; Lo *et al.*, 2013; Neto *et al.*, 2015; Rodrigues *et al.*, 2018; Strøm *et al.*, 2015).

Em Portugal, estudos recentes, apresentam dados alarmantes do consumo precoce de bebidas alcoólicas. “As primeiras experiências de consumo de bebidas alcoólicas tendem a ocorrer antes dos 16 anos, particularmente entre os 13 e 15 anos, (...) sendo assumido pelos jovens como uma experiência natural (...)” (SICAD, 2015, p. 116). O mesmo estudo revela que nesta fase os inquiridos “comecem com cerveja e vinho. E numa fase mais tardia (depois dos 16 anos) incluem as bebidas alcoólicas espirituosas, normalmente sob a forma de shots e misturas com sumos ou outras bebidas” (SICAD, 2015, p. 116). Em qualquer dos casos acima referidos, as primeiras experiências tendem a ocorrer numa fase vital do ciclo de vida, a puberdade. Trata-se de uma fase extremamente vulnerável e crucial no processo de desenvolvimento bio-psico-social do adolescente, porque o consumo de álcool deteriora o funcionamento neuro-cerebral e cognitivo que se encontra em pleno desenvolvimento, prejudicando a memória e o processo de aprendizagem, toda a estrutura músculo-esquelética, a função hepática e todo o balanço hormonal que ocorre nesta fase (Hammond, Mayes, & Potenza, 2014).

Levanta-se a seguinte questão: Estarão os adolescentes conscientes do risco acrescido da nocividade do álcool para a sua saúde em comparação com a dos adultos? Baum (2012), refere que os adolescentes sob efeito de álcool estão mais expostos, em relação aos adultos, a um conjunto de riscos acrescidos, como:

acidentes viação - risco de acidente fatal 5 vezes superior quando comparados com condutores com idade superior a 30 anos, seja qual for a alcoolémia; Violência - maior risco de comportamentos violentos quanto comparados com adolescentes que não bebem; Ideação suicida - risco duas vezes superior de ideação suicida; Abuso sexual - raparigas têm risco

acrescido de serem vítimas de abuso sexual se sob efeito de álcool (...) e gravidez não desejada (...). (Direção-Geral da Saúde, 2017, pp. 16–17)

### 1.3. Adolescência

Tendo em conta que queremos abordar esta problemática o mais precocemente possível, a população a envolver são os adolescentes em ambiente escolar, na fase inicial da adolescência. O período que envolve o conceito de adolescência é controverso entre cientistas, educadores, pais e instituições políticas. Não existe efetivamente uma definição consensual, pelo que a referência que se adotou é a da OMS que define adolescência “(...) como uma etapa de transição gradual que ocorre entre os 10 e 19 anos de idade” (WHO, 2001, p. 2). Também a OMS num documento que elaborou em 2001, definiu a etapa da adolescência como:

a segunda década da vida, um período de rápido crescimento e desenvolvimento para os corpos, mentes e relações sociais dos adolescentes. O crescimento físico é acompanhado pela maturação sexual, muitas vezes levando a relacionamentos íntimos. Desenvolve-se a capacidade do indivíduo para o pensamento abstrato e crítico, juntamente com um elevado senso de autoconsciência e independência emocional. Atitudes, valores e comportamentos determinam o futuro do jovem e começam a cristalizar e tomar forma, a sociedade espera que o adolescente assuma maior responsabilidade pessoal. Esta etapa é marcada por uma maior exposição à experimentação. Os riscos inerentes aos comportamentos de “primeira vez” - especialmente o uso de tabaco, álcool e outras drogas, juntamente com a atividade sexual - tornam a segunda década da vida um período repleto de perigos. (WHO, 2001, p. 2)

Machado (2015), fez uma pesquisa etimológica da palavra adolescência e descobriu que deriva da palavra latina *adolescere*, *adolevi*, *adultus* e “(...) significa crescer e atingir a maturidade. (...). Parece, pois, que adulto será a forma verbal derivada de adolescente, o que pode significar que adolescência não é apenas uma fase de transição, mas a essência da vida humana” (Machado, 2015, p. 14). Um adulto, etimologicamente falando, é apenas um adolescente que evoluiu.

O início da adolescência (normalmente entre os 10 e 14 anos) é definido pela puberdade, processo lento e gradual, muito estranho para o próprio adolescente que não reconhece a sua nova imagem corporal, o que o fascina e deprime ao mesmo tempo. Nesta fase, mostram criatividade e são capazes de formular opiniões complexas e elaboradas, embora tenham dificuldade na sua aplicação pessoal e um



grande alheamento da realidade, o que pode precipitar comportamentos de risco. Prevalcem as atitudes do grupo de pares e amigos, que se tornam mais importantes do que a família. Socializam em grupos, normalmente do mesmo sexo, optam pelas normas do grupo e escolhem modelos fora da família. A pressão do grupo de pares pode ter um efeito amplificador de atitudes desviantes. Nesta fase os adolescentes são muito vulneráveis e facilmente iniciam consumos como tabaco, álcool e outras substâncias aditivas, se integrados em grupos menos saudáveis (Machado, 2015).

Normalmente a partir dos 15 anos de idade o adolescente entra numa fase de desaceleração do crescimento e maturidade progressiva, completa-se a diferenciação sexual e é o início da idade fértil. Mantém, ainda, uma enorme ambivalência entre a segurança da infância e a total autonomia do adulto a que aspiram ardentemente, o que leva a comportamentos que variam entre o exuberante ou deprimido. Geralmente começam a ter planos para o futuro e sonham com a independência. O grupo de pares, tão importante no início da adolescência, começa a ter menor influência à medida que surgem as relações amorosas estáveis e ideias de compromisso (Machado, 2015).

Em Portugal a maioridade cívica atinge-se aos 18 anos de idade, embora aos 16 anos se considere que o adolescente é competente e autónomo e pode casar com autorização formal dos pais. Jurídico e legalmente transita de adolescente para jovem adulto e passa a ser totalmente responsável pelos seus atos (Decreto-Lei nº 496/77, 1977).

#### **1.4. A Escola**

O Ministério da Educação e a Direção-Geral da Saúde defendem numa parceria editada em 2017 que “A Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar é um processo contínuo que visa o desenvolvimento de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontarem-se positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis” (Direção-Geral da Educação, 2017, p. 6). Uma Escola Promotora da Saúde cria condições para a participação dos jovens nos Projetos de Promoção de Educação para a Saúde e estimula a colaboração de parceiros locais, nomeadamente

da Saúde e da Autarquia, entre outros. Por essa razão “A Escola, enquanto organização empenhada em desenvolver a aquisição de competências pessoais, cognitivas e socio emocionais das crianças, adolescentes e jovens (...)” (Direção-Geral da Educação, 2017, p. 6) é o espaço por excelência para desenvolver programas de prevenção no âmbito da Saúde Escolar.

### **1.5. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**

A credibilidade do projeto passa pela fundamentação teórica de enfermagem e os seus modelos teóricos. É fundamental um estudo basear-se num referencial teórico, porque segundo as autoras Tomey e Alligood (2004), “a teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos. (...) conduz à autonomia profissional orientando a prática, o ensino e a investigação (...)” (Tomey & Alligood, 2004, p. 12). A utilização de modelos e teorias de enfermagem facilitam a compreensão de problemáticas de saúde e orientam nas soluções que respondem às necessidades e interesses do indivíduo ou indivíduos envolvidos. Para o que procuramos, o Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender (Anexo I) é um instrumento de investigação ideal, tendo em conta a sua abordagem ao nível da prevenção primária, e a promoção de comportamentos para estilos de vida saudáveis promotores de saúde.

A promoção da saúde promove estilos de vida e comportamentos saudáveis que permitem que as pessoas maximizem o seu potencial de saúde através de mudanças individuais, organizacionais e comunitárias. Os níveis de prevenção, nomeadamente a prevenção primária dirige-se a pessoas sãs que correm risco de doença, enquanto que a prevenção secundária visa prevenir novas doenças em pessoas que já têm uma doença diagnosticada. Enquanto que as estratégias de prevenção primária reduzem a ocorrência ou adiam o aparecimento de doenças, as atividades de prevenção secundária promovem a saúde dentro dos limites da doença ou incapacidade. Pender (2015), refere que “a promoção da saúde e a prevenção primária demonstraram ter substanciais benefícios em melhorar a qualidade de vida e a longevidade das pessoas” (Pender *et al.*, 2015, p. 26). A mesma autora também afirma que “tanto a promoção da saúde como a prevenção primária são baseadas em

modelos comportamentais ou sociopolíticos de cuidados de saúde que reconhecem os efeitos de múltiplos sistemas nos resultados de saúde” (Pender *et al.*, 2015, p. 26).

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender foi formulado através da indução pelo uso de investigação existente para formar um padrão de conhecimento acerca do comportamento de saúde, “(...) tenta descrever a natureza multidimensional de pessoas que interagem com os seus ambientes interpessoal e físico pretendendo alcançar a saúde” (Pender *et al.*, 2015, p. 35). O Modelo, também, “(...) integra construtos da teoria do valor da expectativa e da teoria cognitiva social, dentro de uma perspectiva de enfermagem holística do funcionamento humano” (Pender *et al.*, 2015, p. 35). Tem como objetivo integrar o que se sabe acerca do comportamento de promoção de saúde para criar questões de experimentação adicional e testar os resultados da investigação.

Este modelo é, acima de tudo, um modelo de Enfermagem porque define os quatro conceitos que constituem o meta paradigma de Enfermagem: saúde, ambiente, pessoa e cuidados de enfermagem.

Para operacionalizar este modelo, é fundamental, conhecer a sua estrutura, os seus três componentes principais e a relação entre as variáveis que se inter-influenciam:

1. Características e experiências individuais: “Cada pessoa tem características e experiências pessoais únicas que afetam as ações subsequentes. A importância do seu efeito depende do comportamento alvo a ser considerado” (Pender *et al.*, 2015, p. 36). Este componente inclui o comportamento que se pretende ver alterado e os seus fatores biológicos (idade, IMC e capacidade física), psicológicos (autoestima e auto-motivação) e socioculturais (etnia, habilitações literárias e nível socioeconómico) (Pender *et al.*, 2015).
2. Comportamento específico Cognições e Afeto: As “variáveis comportamentais são consideradas de grande importância motivacional. (...) constituem um “núcleo” crítico, porque podem ser modificadas por meio de intervenções. Eles incluem *benefícios percebidos*, *barreiras percebidas*, *autoeficácia percebida*, *afeto relacionado à atividade*, *influências interpessoais* e *influências situacionais*” (Pender *et al.*, 2015,

p. 36). Ao medir essas variáveis é essencial avaliar se a mudança pode realmente resultar da intervenção. Devemos considerar que esta componente envolve, essencialmente, os conhecimentos sobre os benefícios do comportamento de promoção de saúde; os conhecimentos sobre as barreiras ao comportamento; a percepção pessoal da sua autoeficácia e as influências do foro ambiental e de relações que o cliente tem com as pessoas.

Há mais duas variáveis importantes para decidir o resultado do comportamento desejável. São a variável *Compromisso com o Plano de Ação* e a variável *Exigências de Preferências Concorrentes Imediatas*. A primeira tem a ver com a intenção e estratégia planeada que conduzem à implementação de um comportamento de saúde desejável (intervenções de enfermagem) e a segunda tem a ver com impulsos de última hora baseados em uma hierarquia de preferências, ao qual o cliente não consegue resistir, inviabilizando o compromisso com o plano de ação positivo para a saúde.

3. Resultado do Comportamento: Esta variável considera o *Comportamento Promotor de Saúde*. O comportamento promotor de saúde é o objetivo final, ou seja, o resultado de toda a ação exercida através do Modelo de Promoção da Saúde. É essencial perceber que essa variável, em última análise, deve ser direcionada para a obtenção de resultados positivos para a saúde do cliente, porque comportamentos promotores de saúde, particularmente quando integrados num estilo de vida saudável, resultam em mais saúde, maior autonomia e melhor qualidade de vida em todos os estádios de desenvolvimento e em qualquer fase do ciclo de vida (Pender *et al.*, 2015).

Os enfermeiros são o maior segmento de profissionais de saúde, estão na melhor posição para assumir um papel de liderança na promoção da saúde. Para tal, a abordagem holística é essencial porque oferece uma ponte entre a promoção da saúde individual e a promoção da saúde das famílias, grupos e comunidades. Este Modelo permitirá ir ao encontro das preferências dos adolescentes, capacitando-os para as escolhas saudáveis face à oferta do álcool.

## **1.6. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e a Saúde Escolar**

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) – Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública ajuda os grupos/comunidades a alcançarem o seu máximo potencial de saúde. Para isso e considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, deve conhecer os quatro domínios do Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

O EEEEC ao basear-se nas competências comuns e específicas deve especificamente implementar o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas da metodologia do Planeamento em Saúde. Deve cooperar e promover a capacitação de grupos/comunidades na consecução de projetos de saúde coletivos. Deve integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário (Plano local de saúde) e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde vigente (Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020), considerando a relevância e especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. A maximização das atividades de âmbito comunitário, a responsabilidade social para com a saúde tanto na definição de políticas como na definição e implementação de práticas é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

É durante o ciclo de vida escolar que a saúde de crianças, adolescentes e jovens é profundamente influenciada pelo contexto em que crescem (determinantes de saúde), aprendem e se desenvolvem. O EEEEC e no âmbito da Saúde Escolar, deve procurar em parceria com a equipa coordenadora do projeto de educação para a saúde (PES) do agrupamento de escolas e recorrendo ao Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), “entender, desvendar e atuar sobre a realidade complexa dos comportamentos e proteger a saúde de crianças e jovens, salvaguardando a dos mais vulneráveis. Intervir, globalmente, implica uma abordagem holística da saúde na escola e uma intervenção biopsicossocial sobre o indivíduo” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 16). Nessa parceria, deve participar no processo de promoção da literacia em

saúde e *empowerment*, numa perspetiva salutogénica de antecipação e prevenção dos comportamentos que afetam negativamente a saúde dessa comunidade.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (2015), além de outras substâncias psicoativas, contempla a prevenção do consumo de bebidas alcoólicas, nos adolescentes, através de ações de sensibilização que tem vindo a desenvolver. O PNSE (2015) realça que:

a Saúde Escolar deve estar atenta a todos estes consumos no contexto escolar, sensibilizar a comunidade educativa para importância da prevenção e da identificação dos efeitos imediatos, a médio e a longo prazo das adições e dependências, das consequências a nível físico, psicológico, familiar e social e do seu impacto no rendimento escolar. Numa perspetiva de melhoria de competências para lidar com o risco, a Saúde Escolar deve trabalhar em parceria, a influência dos pares, a vulnerabilidade e a resiliência, mas também a vinculação familiar, escolar e social. (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 30)

Ao integrar a equipa de Saúde Escolar, o EEEC tem competências específicas que lhe permitem desempenhar um papel preponderante no desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, em conjunto com os professores, psicólogos, e outros profissionais. Partilhando saberes e encontrando pontos de convergência de intervenção, obtém-se resultados positivos para todos, através da utilização de estratégias que permitam otimizar as relações com o adolescente, a família e comunidade, no sentido de dar resposta aos indicadores de avaliação do PNSE 2015 e maximizá-los para se obter a médio e longo prazo ganhos em saúde e uma comunidade mais capacitada para gerir eficazmente o seu processo de saúde.

Entendemos que quem trabalha com adolescentes deve considerar que educá-los, e citando Machado (2015), é:

uma responsabilidade partilhada que exige o esforço de toda a sociedade representada pelos que mais diretamente convivem com ele, na família, na escola e na comunidade e deve ser encarada como um investimento no desenvolvimento físico, cognitivo e socio emocional dos jovens e no futuro do país. (Machado, 2015, p. 61)

## 2. METODOLOGIA

Segundo o Regulamento n.º 428/2018 de 16 julho 2018 da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública deve compreender e utilizar a metodologia do Planeamento em Saúde quando entende que estão reunidas as condições para um possível problema de saúde numa comunidade (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

A metodologia do Planeamento em Saúde segundo Tavares (1990) “é um auxiliar na tomada de decisão que permite uma racionalização na aplicação de recursos de saúde, (...), baseado nos princípios da equidade e eficiência” (Tavares, 1990, p. 14). O mesmo autor também refere que “é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida que permite escolher as melhores soluções entre as várias alternativas” (Tavares, 1990, p. 29). E “procura, (...), um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações” (Tavares, 1990, p. 37).

O Planeamento em Saúde segundo Imperatori & Giraldes (1993) “é uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real. (...) melhorar o futuro segundo os nossos desejos, em moldes de justiça e eficiência” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 21).

Os mesmos autores realçam que quando se fala na metodologia do Planeamento em Saúde é imprescindível ter em conta a relação dinâmica entre as suas principais etapas que começam no: **(1) Diagnóstico da Situação de Saúde;** **(2) Definição de Prioridades;** **(3) Fixação de Objetivos;** **(4) Seleção de Estratégias;** **(5) Elaboração de Programas e Projetos;** **(6) Preparação da Execução;** **(7) Execução** e **(8) Avaliação.** Imperatori & Giraldes (1993) alertam que “não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-la” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 28).

Depois de se abordar a responsabilidade profissional, ética e legal e os princípios da ética em investigação, iremos, para a implementação do projeto percorrer uma a uma as etapas da metodologia do planeamento em saúde referidas.

## **2.1. Procedimentos Éticos**

A Enfermagem enquanto profissão autorregulada, tem definidos na Deontologia Profissional todos os princípios ético-legais e deontológicos, a cumprir no seu exercício, servindo de instrumento de fundamentação para o “agir profissional baseado na lei, colocando as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis de Portugal” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 9). O enfermeiro deve cumprir todos esses princípios ético-legais e deontológicos na tomada de todas as decisões do seu quotidiano profissional, de modo a contribuir para os seus atos e intervenções de enfermagem, onde se inclui qualquer projeto, seja ele de investigação ou não.

Fortin (2003) esclarece muito bem essas noções de ética em investigação, realça que qualquer investigação com seres humanos levanta questões éticas que podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Refere cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, determinados pelos códigos de ética: **(1)** o direito à autodeterminação, a pessoa decide livremente sobre a sua participação ou não na investigação; **(2)** à intimidade, a pessoa determina a extensão da informação a dar, salvaguardando, se assim entender, informações íntimas e privadas; **(3)** ao anonimato e confidencialidade, de forma que nenhum participante possa ser identificado, nem pelo investigador nem pelo leitor; **(4)** à proteção contra o desconforto e o prejuízo e **(5)** a um tratamento justo e leal, tratamento equitativo dos participantes durante a investigação, direito a ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, assim como os métodos usados no estudo. Estas informações são essenciais a um consentimento ou a uma recusa esclarecida quanto a uma eventual participação na investigação (Fortin, 2003).

Neste projeto foram efetuados os seguintes procedimentos de forma a cumprir os princípios da ética em investigação e o primeiro domínio das competências comuns do enfermeiro especialista:



Numa primeira fase, redigiram-se cartas de pedidos de autorização para a aprovação do projeto, aos Senhores Diretores e Coordenadores de todas as instituições, unidades e serviços diretamente implicadas:

- ACES Amadora (Apêndice II), a Sr.<sup>a</sup> Diretora Executiva Dr.<sup>a</sup> Ana Isabel Silva por intermedio do secretariado e via telefone solicitou a aprovação do projeto por parte da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT.
- Agrupamento de Escolas da Amadora (Apêndice III), o Sr.<sup>o</sup> Diretor Executivo desse Agrupamento de Escolas aprovou a realização do projeto após ter recebido o parecer positivo da Direção Geral da Educação (DGE). Sempre por intermedio da equipa coordenadora do PES, coordenada pelo Sr.<sup>o</sup> Professor Gilberto Nogueira.
- UCC Amadora+ (Apêndice IV), o Coordenador Sr.<sup>o</sup> Enf.<sup>o</sup> Chefe José Cassiano aprovou a realização do projeto na unidade, no âmbito da Saúde Escolar.

Numa segunda fase, foi necessário realizar:

- O preenchimento de uma notificação à Comissão Nacional de Proteção de dados (CNPd) no sentido de autorizarem o tratamento de dados pessoais que o projeto exige. A autorização foi concedida (Anexo II).
- O preenchimento de um inquérito requerido pela DGE através da plataforma Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar. A autorização foi concedida (Anexo III).
- O pedido de autorização à Professora Doutora Teresa Barroso, autora do Questionário de Conhecimento acerca do Álcool (QCaA) (Apêndice V), que se aplicou como instrumento de recolha de dados.

Numa terceira fase, elaborou-se:

- Dois formulários de consentimento informado, um para os encarregados de educação dos alunos (Apêndice VI) e outro para os alunos (Apêndice VII). Baseamo-nos na Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina de Oviedo (1997) e na Declaração de Helsínquia (2008).

- O protocolo de investigação exigido pela CES da ARSLVT que inclui uma apresentação do projeto, justificação da sua pertinência, descrição da metodologia a utilizar, cronograma de atividades, os formulários de consentimento informado, o parecer positivo da DGE e da CNPD. A 26-06-2018 foi emitido um parecer favorável da CES da ARSLVT (Anexo IV).

De realçar que a análise dos dados foi feita com rigor, de forma agregada e com suporte real e veraz na recolha. Procedeu-se a uma análise isenta e confrontada com a literatura e estudos realizados na área.

## **2.2. Diagnóstico da Situação de Saúde**

Nesta primeira etapa do processo de Planeamento em Saúde é preciso conhecer simultaneamente, dois conceitos fundamentais:

- Problema de saúde que segundo Tavares (1990), “corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo utente, profissional de saúde ou pelo grupo em que se insere” (Tavares, 1990, p. 51).
- A necessidade de saúde que segundo Tavares (1990), “exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir. Representa o necessário para remediar o problema identificado” (Tavares, 1990, p. 51).

O diagnóstico da situação de saúde ajuda-nos a identificar os problemas de saúde e a determinar as necessidades sobre algo que nos levou à reflexão e a uma questão que queremos elucidar e resolver. Em qualquer intervenção de saúde, Imperatori & Giraldes (1993), referem que “só a partir de definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 43). Este diagnóstico da situação de saúde deverá ser realizado de forma suficientemente rápida, a fim de permitir a ação em tempo útil e suficientemente aprofundado para que a intervenção seja pertinente e a mais adequada. Antes de iniciarmos a descrição quantitativa do diagnóstico da situação vamos apresentar resumidamente o contexto sociodemográfico da população onde se insere a amostra visada.

### 2.2.1. Contexto

O projeto decorreu num Agrupamento de Escolas localizado nas imediações da UCC Amadora+. Este agrupamento situa-se na freguesia das Águas Livres, a mais pequena freguesia do concelho da Amadora, mas a segunda mais populosa. O Bairro da Cova da Moura, de construção ilegal, ocupa uma posição central neste território e é objeto de um plano de pormenor portador de um modelo de intervenção com capacidade de integrar a resolução dos problemas sociais, de melhoria das condições de vida dos residentes e simultaneamente transformar o bairro num espaço com qualidade urbana. Em termos sociodemográficos, “a Amadora é uma das cidades do país com maior diversidade cultural, com mais do dobro da média nacional. Em 2016 e com base em estimativas, residiam na Amadora um total de 178.169 pessoas das quais, 9,02% (16.078) eram estrangeiros, distribuídos por 99 diferentes nacionalidades” (Núcleo Executivo CLAS Amadora, 2018, p. 11). As principais nacionalidades residentes na Amadora são a Cabo-verdiana e a Brasileira seguida da Guiné Bissau, Angola, São Tomé e Príncipe, Roménia, Ucrânia, Índia, China e Guiné (Núcleo Executivo CLAS Amadora, 2018).

O levantamento do diagnóstico da situação de saúde e a implementação do projeto realizou-se na sede deste agrupamento, que devido a sua localização geográfica acabe por englobar uma comunidade escolar muito diversificada, a todos os níveis, nomeadamente cultural e étnico, social e económico.

Segundo os dados do II Plano Municipal para a Integração de Migrantes 2018/2020 da Amadora, esse agrupamento de escolas apresenta a maior percentagem (30,6%) de alunos estrangeiros comparativamente com os outros 11 agrupamentos do concelho (Núcleo Executivo CLAS Amadora, 2018).

No ano letivo 2017/2018 o agrupamento servia uma população estudantil de cerca de 1411 alunos, distribuídos por 38 turmas, do 5º ao 12º ano de escolaridade, incluindo uma turma do 2º ano de Curso Vocacional, uma turma de Curso de Educação e Formação tipo dois e outra de tipo três, e Cursos técnico-profissionais. Tem ensino diurno (horário normal) e ensino noturno (19h00 às 23h00).

### 2.2.2. População

Fortin (2003) refere a população como uma “(...) coleção de elementos (...) que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida” (Fortin, 2003, p. 202).

A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente. A população acessível, que deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador (Fortin, 2003).

A amostra é um subconjunto de uma população; é uma réplica em miniatura da população alvo. Deve ser representativa da população alvo, ou seja, as características da população alvo devem estar presentes na amostra selecionada (Fortin, 2003).

Tendo em conta o enquadramento teórico acima referido, delineamos como:

População – Os adolescentes da sede de um dos agrupamentos de escolas do concelho da Amadora, freguesia das Águas Livres;

População alvo – Os adolescentes que frequentam as turmas do 8º ano desse agrupamento de escolas e que cumpram os **critérios de inclusão** como: **(1)** ter idade compreendida entre os 10 e 19 anos; **(2)** ter autorização do encarregado de educação e que consinta participar no projeto; **(3)** responder a todas as questões do questionário.

Amostra – Após reunião com o coordenador do PES e a sua equipa, acordou-se selecionar duas turmas do 8ª ano das quatro turmas disponíveis. Agendou-se o primeiro contato com os adolescentes que decorreu na turma do 8º 3 a 03 de outubro 2018 e na turma do 8º 2 a 10 de outubro de 2018.

Este primeiro contato (45 minutos) foi dedicado à primeira interação com os adolescentes no sentido de tentar construir uma relação de confiança, com o intuito de promover a proximidade. De acordo com Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) “O educador não se afirma hoje, apenas, através da autoridade do conhecimento, precisa de conquistar o espaço-tempo das interações educativas, apropriando-se do poder da relação” (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005, p. 58). Essa relação começou com

esse primeiro contato e consistiu essencialmente na apresentação da equipa da UCC - Saúde Escolar e do projeto da Intervenção Comunitária com o objetivo de fazer compreender, aos adolescentes, a importância de participar e estabelecer contratos de compromisso voluntário (consentimento informado autorizado). Para dar a preencher o questionário era imprescindível recolher os consentimentos informados dos encarregados de educação e o dos próprios alunos.

Na turma do 8º 3 consentiram participar no projeto 22 alunos do total de 24 alunos. Na turma do 8º 2 consentiram participar no projeto 14 alunos do total de 16 alunos. Assim a amostra deste projeto, depois de validados os três critérios de inclusão, reuniu 36 adolescentes, quatro (4) não consentiram participar no projeto.

Durante o preenchimento do questionário a turma do 8º 3 mostrou-se mais motivada, interessada e participativa levantando muitas questões pertinentes sobre a temática do álcool. A turma do 8º 2 mostrou-se mais reservada resumindo-se a preencher o questionário e o entregar sem levantar qualquer questão.

A amostra apresenta idades compreendidas entre os 12 e 17 anos, com uma moda fixada nos 13 anos e uma média e mediana nos 14 anos de idade. É maioritariamente constituída por elementos do sexo feminino com 61% contra 39% do sexo masculino (Tabela 1).

**Tabela 1 - Caracterização da amostra (n = 36) quanto ao Sexo e Idade**

		Idade						Total
		12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	
Sexo	Feminino	-	31%	16%	8%	3%	3%	<b>61%</b>
	Masculino	3%	8%	14%	14%	-	-	<b>39%</b>
Total		<b>3%</b>	<b>39%</b>	<b>30%</b>	<b>22%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	100%

### 2.2.3. Instrumento de Recolha de Dados

Como ponto de partida, tendo em conta a questão de investigação, entendeu-se que era importante perceber o nível de conhecimentos que a amostra tinha acerca do álcool. O instrumento de recolha de dados, como opção mais adequada a aplicar

foi o Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool (QCaA) desenvolvido pela Professora Doutora Teresa Barroso. Este questionário foi precedido por um questionário de caracterização sociodemográfica.

O QCaA (Apêndice IX) avalia os conhecimentos “úteis” acerca do álcool, nomeadamente no que se refere aos seus efeitos e consequências a curto, medio e longo prazo e ainda aos mitos e conceitos erróneos. Permite avaliar o nível de conhecimentos que a população alvo tem acerca do álcool, e assim, possibilita identificar necessidades que proporcionarão a definição de um diagnóstico, onde se irá basear a intervenção pretendida. Segundo Barroso (2012) “Existe uma ampla variedade de conhecimentos acerca do álcool que são considerados importantes para compreensão desta problemática, (...). Por este motivo devem ser valorizados em qualquer programa de prevenção” (Barroso, 2012, p. 83). O QCaA é um questionário reconhecido e devidamente validado que se encontra disponível no livro “*Parar para pensar*” da mesma autora. É constituído por 40 itens de formato dicotómico (Verdadeiro/Falso). Inclui 21 afirmações verdadeiras (A1, A2, A3, A7, A8, A10, A12, A13, A17, A19, A21, A25, A26, A27, A30, A33, A35, A37, A38, A39, A40) e 19 falsas (A4, A5, A6, A9, A11, A14, A15, A16, A18, A20, A22, A23, A24, A28, A29, A31, A32, A34, A36) (Barroso, 2012).

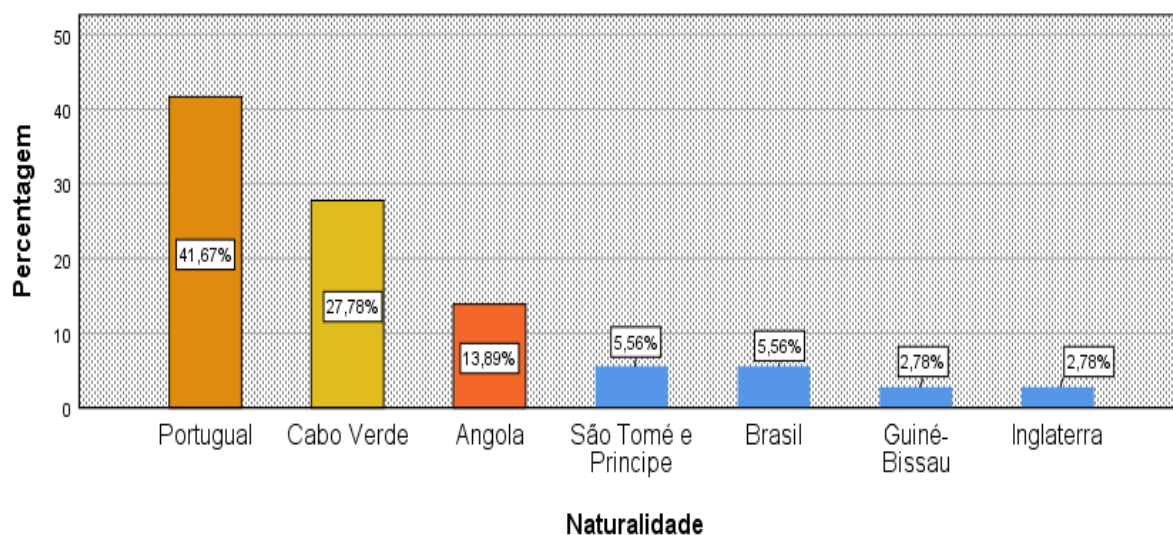
O questionário de caracterização sociodemográfica (Apêndice IX) inclui as características sociodemográficas da amostra e consiste num questionário de perguntas fechadas, perguntas de formato dicotómico (Sim/Não) e de escolha múltipla. Tem como variáveis: a idade, o sexo, a etnia, o agregado familiar, a pessoa de maior proximidade/confiança, e formação prévia sobre a temática abordada.

#### 2.2.4. Análise dos Dados e Principais Resultados

Os dados foram introduzidos no software aplicativo “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) versão 25 da IBM. Nesta análise consideraram-se, apenas, os dados mais relevantes para a caracterização da amostra e identificação de problemas/necessidades. A totalidade destes dados estatísticos é apresentada em apêndice (Apêndice X).

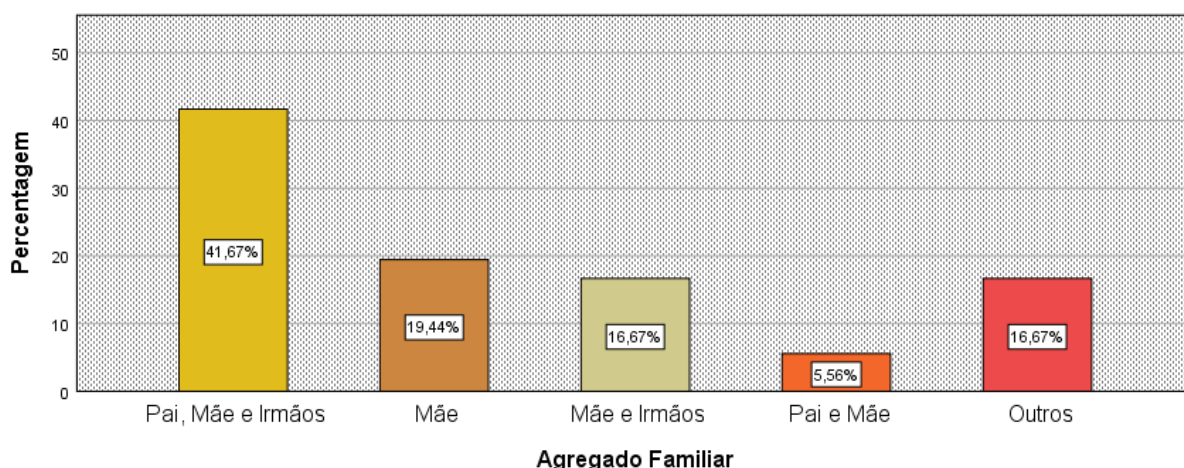
Em relação à Naturalidade, 41,67% dos adolescentes inquiridos nasceram em Portugal, 27,78% em Cabo Verde, 13,89% em Angola, 5,6% no Brasil e São Tomé e Príncipe e 2,78% em Inglaterra e Guiné-Bissau. A maioria dos adolescentes inquiridos (58,35%) nasceram no estrangeiro (Gráfico 1).

**Gráfico 1 - Caracterização dos adolescentes inquiridos quanto à Naturalidade**



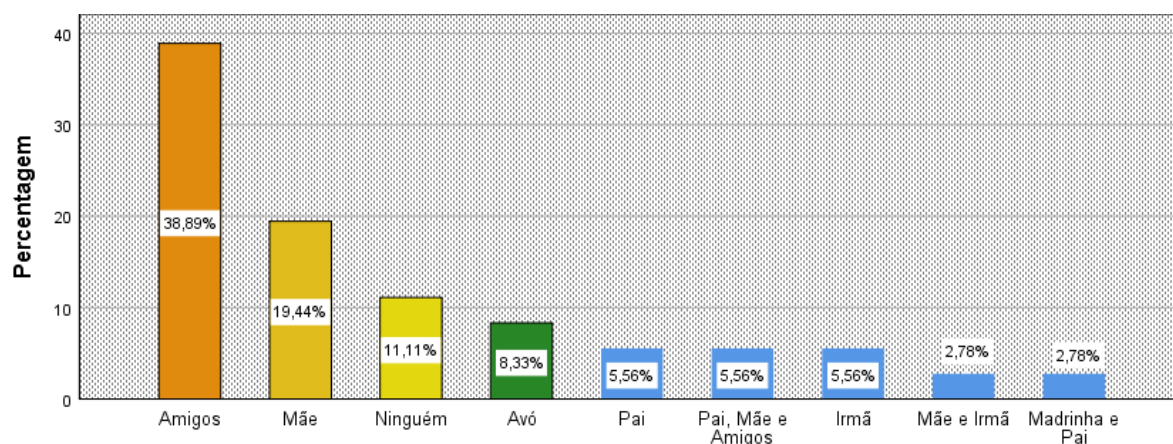
Em relação à composição do agregado familiar, 47,23% dos adolescentes inquiridos coabitam em família nuclear (pai, mãe com ou sem irmãos), 36,11% coabitam em família monoparental dos quais 19,44% só com a mãe e 16,67% só com a mãe e irmãos. 16,67% dos adolescentes inquiridos referiram coabitarem, apenas, com outros familiares como avós, tios e primos (Gráfico 2).

**Gráfico 2 - Caracterização dos adolescentes inquiridos de acordo com o Agregado Familiar**



Em relação à pessoa ou pessoas com quem partilham as angústias, destacam-se principalmente quatro (4) posições. Na primeira posição 38,89% dos adolescentes inquiridos partilham só com os amigos e 5,56% também partilham com os pais. Na segunda posição 19,44% só partilham com a mãe. Na terceira posição salienta-se que 11,11% referiram não partilhar com ninguém as suas angústias. Na quarta posição 8,33% partilham as angústias somente com a avó (Gráfico 3).

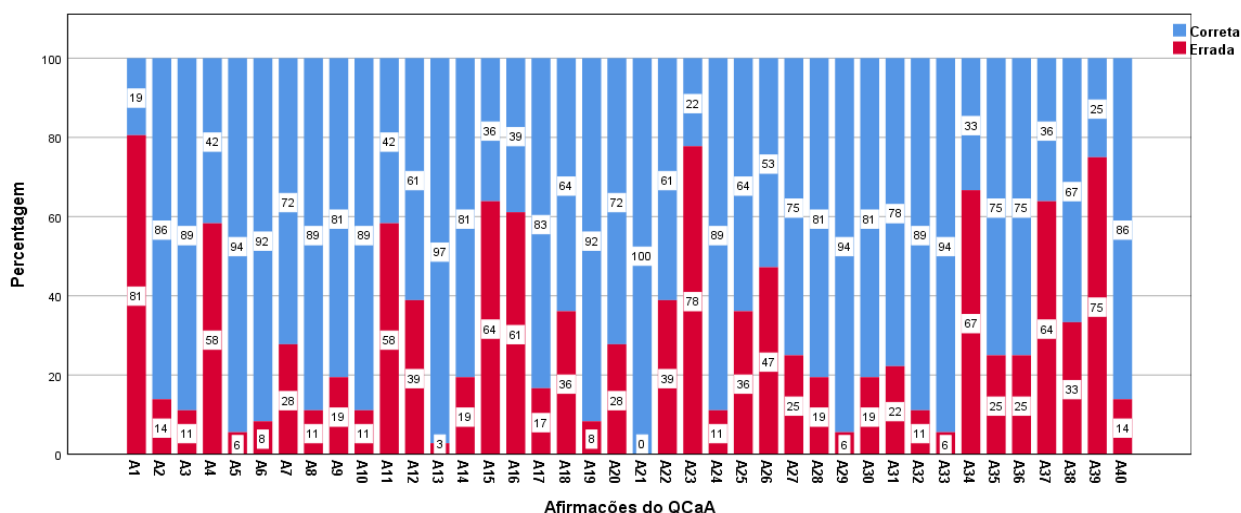
**Gráfico 3 - Distribuição dos adolescentes inquiridos em relação à pessoa ou pessoas com quem partilham as angústias**



As 40 afirmações do QCaA são variáveis qualitativas dicotômicas (verdadeiro e falso), medidas na base de dados por uma escala nominal (correta e errada) conforme a resposta dada no questionário, pelos adolescentes inquiridos. O gráfico 4 expõe a análise em percentagem destas respostas.



**Gráfico 4 – Distribuição, em percentagem, dos adolescentes inquiridos por respostas corretas e erradas relativamente a cada afirmação do QCaA**



Quanto aos resultados (Apêndice X), verificou-se que 100% dos adolescentes inquiridos responderam corretamente a apenas uma das 40 afirmações do QCaA (A21= “As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool faz mal ao bebé”). Nas restantes 39 afirmações os adolescentes inquiridos, de forma muito variada e oscilante, responderam incorretamente. No quadro um (1) as afirmações respondidas incorretamente foram distribuídas por ordem decrescente.

**Quadro 1 – Distribuição por ordem decrescente das respostas incorretas, das afirmações do QCaA, por parte dos adolescentes inquiridos.**

Afirmações respondidas incorretamente por mais de 75% dos adolescentes inquiridos		
A1	81%	O álcool das bebidas alcoólicas é "álcool etílico" como o álcool que usamos para desinfetar a pele e que se vende nas farmácias.
A23	78%	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira a não se sentir tonto ou maldisposto.
A39	75%	Pode-se beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas diferentes.
Afirmações respondidas incorretamente por 50% a 74% dos adolescentes inquiridos		
A34	67%	As pessoas quando bebem álcool ficam mais quentes porque o álcool aquece.
A37	64%	Os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.
A15	64%	Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas diminui-se a quantidade de álcool.
A16	61%	O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool que é ingerido.

A11	58%	O álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estômago junto com os alimentos.
A4	58%	O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem todos os dias.
<b>Afirmações respondidas incorretamente por 25% a 49% dos adolescentes inquiridos</b>		
A26	47%	Os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.
A22	39%	O álcool não é uma substância que cause dependência como as drogas.
A12	39%	O álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso organismo que têm mais água.
A18	36%	A idade não tem influência na capacidade do fígado "queimar" o álcool.
A25	36%	O álcool das bebidas alcoólicas é "queimado" no fígado.
A38	33%	O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente do estômago para o sangue.
A20	28%	Dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, não provocam alterações.
A7	28%	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber um ou dois copos de bebidas sem ser bebidas destiladas, repartidas pelas principais refeições.
A27	25%	O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.
A35	25%	O álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações nos reflexos.
A36	25%	O fígado está preparado para "queimar" qualquer quantidade de álcool.
<b>Afirmações respondidas incorretamente por menos de 25% dos adolescentes inquiridos</b>		
A31	22%	As mulheres que estão a amamentar podem beber álcool desde que bebam com moderação.
A30	19%	O alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool.
A28	19%	O álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre bem-dispostas.
A14	19%	Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura reagem da mesma maneira à mesma quantidade de álcool.
A9	19%	As bebidas alcoólicas quando bebidas às refeições não fazem mal porque o álcool ajuda a fazer a digestão.
A17	18%	O alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.
A2	14%	O consumo de álcool pode causar dependência.
A40	14%	O álcool é a causa de 4 em cada 10 mortes de acidentes de viação, afogamentos, queimaduras, quedas e outros acidentes.
A32	11%	No nosso país há poucas pessoas que bebam muito.
A24	11%	A cerveja é boa para "matar" a sede.
A10	11%	O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de aprendizagem e de memória.
A8	11%	As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.
A3	11%	O teor alcoólico de uma bebida é a quantidade de álcool que a bebida tem.

A6	8%	O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar.
A19	8%	É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grandes quantidades.
A29	6%	Qualquer criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.
A33	6%	Quanto mais cedo se começa a beber, maior é a probabilidade de se vir a ter problemas relacionados com o álcool ao longo da vida.
A5	6%	Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool.
A13	3%	Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.

As primeiras 9 afirmações do quadro 1 que correspondem a: A1(81%), A23(78%), A39(75%), A34(67%), A37(64%), A15(64%), A16(61%), A11(58%), A4(58%) merecem ser destacadas das restantes porque foram respondidas incorretamente por mais de 58% dos adolescentes inquiridos o que segundo Barroso, Mendes & Barbosa (2009) pode revelar:

“(…) défices de conhecimentos ligados aos conhecimentos científicos, associados aos efeitos farmacológicos do álcool, ação e consequências no organismo (...). Défices de conhecimentos que se referem à metabolização do álcool e a sua relação com o desempenho da pessoa sob o efeito do álcool (...) e ideias erróneas acerca do álcool ligados a mitos e/ou falsos conceitos, tradicionalmente associados ao álcool (...)” (Barroso *et al.*, 2009, p. 6).

Seguindo esta ordem decrescente, ainda uma importante percentagem de 49 a 25% dos adolescentes inquiridos responderam incorretamente a 11 afirmações e uma percentagem de 19 a 03% responderam incorretamente a 19 afirmações. Pode-se, assim, inferir que, do total das 39 afirmações do QCaA respondidas de forma incorreta, estas correspondem aos mesmos défices de conhecimentos acerca do álcool, referidos por Barroso, Mendes & Barbosa (2009).

Como já foi referido, o diagnóstico da situação de saúde deve terminar com uma lista de problemas sobre os quais se pretende intervir, para os solucionar ou minimizar (Tavares, 1990). Da análise dos dados anteriormente descrita e explicitada é possível identificar três problemas:

- Défices de conhecimentos relacionados aos conhecimentos científicos, associados aos efeitos farmacológicos do álcool, ação e consequências no organismo;

- Défices de conhecimentos que se referem à metabolização do álcool e a sua relação com o desempenho da pessoa sob o efeito do álcool;
- Ideias erróneas acerca do álcool relacionados a mitos e/ou falsos conceitos, tradicionalmente associados ao álcool.

### 2.3. Determinação de prioridades

A segunda etapa do processo do Planeamento em Saúde, consiste principalmente num processo de tomada de decisão. Deve-se selecionar prioridades, procurando saber quais os problemas, do diagnóstico da situação de saúde, se deve tentar solucionar em primeiro lugar (Tavares, 1990). Esta etapa traduz-se na hierarquização dos problemas identificados no diagnóstico da situação de saúde, permitindo uma utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados. É essencial que se recorra ao uso de critérios através dos quais se ordenam os problemas. Os critérios major de priorização dos problemas de saúde são: a **magnitude** (dimensão do problema utilizando, sobretudo, indicadores de mortalidade; a **transcendência** (trata-se de uma simples ponderação por grupos, de maneira a valorizar as mortes/doenças por determinada causa nesses diferentes grupos) e a **vulnerabilidade** (avaliação do potencial ou da possibilidade de prevenção) (Imperatori & Giraldes, 1993).

Fundamentados nestes pressupostos, e analisando os três problemas obtidos no diagnóstico da situação de saúde, conclui-se que o critério de **transcendência** não permite priorizar os problemas definidos. Os défices de conhecimentos identificados acerca do álcool assumem a mesma transcendência, na medida em que só existe um grupo, o de adolescentes. Também o critério de **magnitude** e **vulnerabilidade** não demonstram a existência de um problema mais prevalente que o outro. Tanto os défices de conhecimentos relacionados aos conhecimentos científicos, associados aos efeitos farmacológicos do álcool, ação e consequências no organismo; os défices de conhecimentos que se referem à metabolização do álcool e a sua relação com o desempenho da pessoa sob o efeito do álcool; e as ideias erróneas acerca do álcool ligados a mitos e/ou falsos conceitos, tradicionalmente associados ao álcool, são “(...) erros do conhecimento potencialmente facilitadores para a diminuição da percepção do risco relativamente ao consumo de álcool e consequentemente contribuirão para um

consumo nocivo do álcool” (Barroso *et al.*, 2009, p. 7). Assim sendo, como se trata de três problemas relacionados com **défices de conhecimentos** sobre o mesmo tema, não houve necessidade de proceder a nenhuma priorização, podendo-se, daí, facilmente definir um diagnóstico de enfermagem e proceder à fixação de objetivos.

### 2.3.1. Diagnóstico de enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem são um instrumento fundamental para a prática de cuidados a prestar, na medida em que servem de ponto de partida para a seleção de intervenções de enfermagem a implementar e permite definir os resultados a atingir.

No desenvolvimento deste projeto foi adotada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2015. A CIPE® é uma terminologia resultante de consensos que representa o que os enfermeiros observam (diagnósticos e resultados de Enfermagem), bem como as ações empreendidas para resolver problemas de saúde (intervenções de Enfermagem) (International Council of Nursing, 2016). É promovida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e é considerada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como um instrumento indispensável para a prática de enfermagem, fundamental para o desenvolvimento contínuo da profissão.

De acordo com a CIPE® versão 2015, um diagnóstico de enfermagem deve incluir o estado do cliente, o problema, as necessidades e as potencialidades. Utilizando o Modelo dos Sete Eixos, são recomendadas as seguintes diretrizes: **(1)** Deve incluir um termo do Eixo do Foco; **(2)** Deve incluir um termo do Eixo do Juízo; **(3)** Pode incluir os outros termos adicionais, conforme necessário, do eixo do foco, do eixo do juízo e de outros eixos (International Council of Nursing, 2016).

Baseado nestes pressupostos teóricos, definiu-se o seguinte diagnóstico de enfermagem.

**Conhecimento sobre o abuso do álcool (foco) comprometido (juízo) na comunidade adolescente (cliente) na escola (localização).**

## 2.4. Fixação de Objetivos

Terceira etapa do processo do Planeamento em Saúde, fundamental “(...) na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 77). Segundo Tavares (1990), cinco elementos devem estar contidos na formulação de um objetivo: **(1) A natureza da situação desejada (aumentar os conhecimentos acerca da substância álcool e das consequências do seu consumo); (2) Os critérios de sucesso ou de fracasso (aumentar a percentagem de respostas corretas de cada afirmação do QCaA e manter a participação e satisfação da amostra ao longo da Intervenção Comunitária); (3) A população-alvo do projeto (a amostra representativa dos alunos das turmas do 8º 2 e 8º 3); (4) A zona de aplicação do projeto (uma escola secundária do Concelho da Amadora); (5) O tempo em que deverá ser atingido (de outubro 2018 a fevereiro 2019)** (Tavares, 1990). Os mesmos autores também referem que há quatro fases a percorrer para a consecução desta etapa: **(1) Seleção dos indicadores dos problemas prioritários (utilizando indicadores de resultados ou de impacto e indicadores de atividade ou de execução); (2) Determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários; (3) A fixação dos objetivos a atingir a médio prazo; (4) A tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas** (Imperatori & Giraldes, 1993).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos para adotarem comportamentos produtores de saúde (Pender *et al.*, 2015). A promoção de mudanças de comportamentos relacionados com a saúde são um desafio do enfermeiro, devendo este intervir ao nível dos sentimentos e cognições que devem afetar o comportamento, capacitando para a tomada de decisões congruentes com comportamentos promotores da saúde.

Com base nos pressupostos enunciados, foi determinado para esta intervenção comunitária o seguinte objetivo geral:

- **Promover a aquisição de conhecimentos que conduzam à prevenção do consumo de álcool na adolescência, nos alunos do 8º 2 e 8º 3 de uma escola do Concelho da Amadora, de outubro de 2018 a fevereiro de 2019.**

Decorrentes do objetivo geral elaboraram-se os objetivos operacionais (objetivos mais específicos), que enunciam um resultado desejável, tecnicamente exequível, mensurável a curto prazo e traduzam-se em termos de indicadores de atividade e de resultado. Os indicadores de resultado ou de impacto medem o estado de saúde enquanto que os indicadores de atividade ou de execução medem a prestação de cuidados de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo Tavares “(...) cada atividade contribui para a obtenção de um objetivo específico, por sua vez contribuindo para a consecução de um objetivo geral. O conjunto total das atividades permite assim atingir plenamente o objetivo geral do projeto” (Tavares, 1990, p. 134). Assim, os objetivos operacionais são:

- **Aumentar os conhecimentos associados aos efeitos farmacológicos do álcool, ação e consequências no organismo;**
- **Aumentar os conhecimentos que se referem à metabolização do álcool e a sua relação com o desempenho da pessoa sob o efeito do álcool;**
- **Aumentar os conhecimentos através de esclarecimento de mitos e/ou falsos conceitos, tradicionalmente associados ao álcool;**
- **Estimular o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras que capacitam os adolescentes para uma tomada de decisão adequada e responsável.**

Segundo Tavares (1990) “Fundamentalmente o que interessa num indicador é que ele meça convenientemente aquilo que na realidade se quer medir” (Tavares, 1990, p. 121). Como forma de medir as alterações verificadas e a consecução dos objetivos, foram definidos como indicadores de resultado (Apêndice XII): taxa das afirmações do QCaA que revelaram um aumento de respostas corretas, sugerindo, assim, um aumento de conhecimento (será reaplicado o QCaA após a sessão de EpS para comparar os resultados antes e depois da Intervenção Comunitária). Como indicadores de atividade (Apêndice XII): taxa de participação dos adolescentes

inquiridos nas atividades ao longo da Intervenção Comunitária e taxa de adolescentes inquiridos que avaliaram positivamente (Satisfeito/Muito Satisfeito) a Intervenção Comunitária.

Para os indicadores de resultado, depois de se comparar os resultados antes e depois da Intervenção Comunitária, pretende-se um aumento global de conhecimento, ou seja, um aumento global do número de afirmações com respostas corretas  $\geq 60\%$  em relação ao total das afirmações do QCaA respondidas incorretamente antes da Intervenção Comunitária.

Para os indicadores de atividade, pretende-se uma participação por parte dos adolescentes inquiridos  $\geq 80\%$  em toda a Intervenção Comunitária e que esta tenha uma avaliação positiva (Satisfeito/Muito Satisfeito) por mais de **80%** dos adolescentes inquiridos.

## **2.5. Seleção de Estratégias**

Nesta etapa pretende-se conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas identificados, quais as formas de atuação que permitam alcançar os objetivos fixados e infletir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde. A antecipação do detalho descritivo da atuação pretendida é essencial para se poder planejar quais os recursos humanos, materiais ou financeiros disponíveis (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta etapa é a que requer maior criatividade. Quanto maior for a experiência do planificador sobre o problema, maior será a probabilidade de propor novas formas de abordagem dos problemas, em ordem à sua resolução ou minimização. Deverão ser previstos os obstáculos e a forma de os ultrapassar. Escolher uma estratégia, de entre várias alternativas, deverá ser feito em função de quatro parâmetros: custos, obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes. A própria população pode não mostrar grande aceitabilidade face ao projeto e aí as medidas a tomar passam pela participação da população alvo (Tavares, 1990).

Assim, com o diagnostico de enfermagem definido, o objetivo geral e os seus respetivos objetivos operacionais delineados e tendo como referencial teórico de enfermagem:



O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender que reconhece as influências interpessoais (as pessoas no seu ambiente social influenciam e são influenciadas). Reconhece a importância das emoções nas atitudes do indivíduo, identifica a cognição e a percepção como os principais determinantes do comportamento promotor de saúde onde o enfermeiro pode ter uma intervenção fundamental nas estratégias de promoção de mudança de comportamento (Pender *et al.*, 2015). A **educação para a saúde (EpS)** surge como uma estratégia preferencial a ser adotada, visto promover mudanças de estilos de vida na adoção de comportamentos promotores da saúde, através de um processo interativo, reconhecido e aceite por todos os intervenientes.

A promoção da saúde e a educação para a saúde são frequentemente confundidos. Embora os termos estejam intimamente ligados, eles não significam o mesmo. A educação para a saúde concentra-se em atividades de aprendizagem e experiências para indivíduos e/ou grupos. Como componente da promoção da saúde, é considerada uma parte essencial da comunicação entre os serviços de saúde e os “clientes”. A educação para a saúde depende muito dos profissionais de saúde que têm de saber transmitir o conhecimento que acham que o “cliente” deve saber para um processo de tomada de decisão acertada, responsável e compartilhada que promoverá a mudança de comportamento (Pender *et al.*, 2015).

Da terminologia CIPE® versão 2015, adotou-se do **Eixo da Ação**, como estratégia para a atividade de educação para a saúde, os seguintes termos: **Prevenir** - descrito como “*Atender: parar ou impedir o acontecimento de alguma coisa*”; **Dar Poder** – descrito como “*Promover: permitir às pessoas realizarem a sua capacidade para influenciar a própria saúde*”; **Educar** – descrito como “*Ensinar: transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém*” (International Council of Nursing, 2016).

## **2.6. Preparação Operacional – Programação**

Face ao limite temporal de um semestre, a equipa do projeto de educação para a saúde (PES) da escola disponibilizou quatro momentos de 45 minutos por cada turma para a implementação do projeto (um dos momentos foi utilizado na etapa do diagnóstico da situação de saúde). Assim sendo, optou-se por planificar a Intervenção

Comunitária com os adolescentes, em três momentos por turma. O quadro dois (2) resume esta planificação:

**Quadro 2 – Plano operacional dos três (3) momentos disponibilizados pela equipa do PES da escola para a Intervenção Comunitária.**

<b>Momento</b>	<b>Plano operacional - Intervenção Comunitária</b>
Primeiro Momento (45')	ATIVIDADE 1- Sessão de Educação para a Saúde através da exposição oral de conteúdos teóricos com recurso de powerpoint e de vídeo animado.
Segundo Momento (45')	ATIVIDADE 2 - Sessão de Educação para a Saúde através do método expositivo, interrogativo com dinâmica de grupos.
Terceiro Momento (45')	ATIVIDADE 3 – Esclarecimento de dúvidas. Reaplicação do questionário QCaA para avaliar a aquisição de conhecimentos e a aplicação de um questionário de satisfação para avaliar a Intervenção Comunitária.

A Intervenção Comunitária, propriamente dita, corresponde à quinta etapa do processo do Planeamento em Saúde: **Preparação Operacional – Programação**, nesta etapa é necessário planear operacionalmente a execução do projeto. Um projeto segundo Tavares (1990) é “um conjunto de atividades (tarefas) que decorrem num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um Programa” (Tavares, 1990, p. 39). No início desta etapa deverão ser especificadas as atividades constituintes do projeto. Devem ser definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos, prevenindo desperdício de recursos. Deve ser especificado *quando*, *onde* e *como* as atividades devem ser concretizadas e ainda *quem* será encarregue de as executar. Devem ser determinadas as necessidades em recursos e estabelecer um calendário detalhado da execução. Nesta etapa também se inter-relacionam as atividades a serem desenvolvidas, evitando sobreposições (Tavares, 1990). Assim elaborou-se um quadro de inter-relação objetivo/atividade (Apêndice XI) e um cronograma de Gantt (Apêndice VIII), que permitem uma visualização, compreensão e orientação clara das atividades programadas para a Intervenção Comunitária.

A Intervenção Comunitária foi batizada com a frase “**SAÚDE É MAIS FUTURO!** *Eu Escolho...Eu Decido!*”. É exposta como título através de um Póster (100 x 70 cm)

(Apêndice XIII) elaborado para cativar a atenção dos adolescentes, tendo sido exibido em todas as atividades da Intervenção Comunitária.

De seguida, apresentam-se as atividades da Intervenção Comunitária, segundo uma ordem cronológica e descritos de forma sucinta. O quadro resumido do plano operacional com a especificação detalhada das atividades encontra-se em apêndice (Apêndice XIV).

**Atividade 1 – Sessão de Educação para a Saúde – “SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu Escolho...Eu Decido!”** Exposição oral dos conteúdos teóricos dirigida aos adolescentes inquiridos (uma sessão por turma), na turma do 8º 3 a 30 de novembro de 2018 e na turma do 8º 2 a 05 de dezembro de 2018.

Tempo: 45 minutos

Material necessário:

- ✓ Computador e Data Show com internet e colunas de som;
- ✓ Mesas e cadeiras;
- ✓ Suporte de pé para colocar o Póster da Intervenção Comunitária com o lema “SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu Escolho...Eu Decido!”;

Objetivos da atividade:

- Educar sobre a substância álcool e os efeitos do seu consumo na adolescência;
- Educar sobre as consequências do abuso do consumo de álcool e repercussões a curto, medio e longo prazo no individuo, família, comunidade e na sociedade.

Utilizando o método pedagógico expositivo – oral, com apoio do PowerPoint (Apêndice XV) e da exibição de pequenos vídeos animados, pretendeu-se transmitir informação pertinente e atualizada sobre a substância álcool os seus efeitos farmacológicos, ação e consequências no organismo. Explicar a relação do álcool com o desempenho da pessoa sob o seu efeito e, também, sobre as ideias erróneas acerca deste, ligados a mitos e/ou falsos conceitos cultural e tradicionalmente aceites.

Conhecimento implica perceber e recordar a informação. Segundo Rodrigues, Pereira e Barroso (2005), “(...) a informação só tem interesse quando o sujeito lhe encontra significado, de nada serve a transmissão de conhecimentos fora do sentido

que lhe atribui o formando” (Rodrigues *et al.*, 2005, p. 106). Por esse motivo optou-se na atividade 2, como estratégia de educação para a saúde, por criar uma dinâmica de grupos que envolvesse a participação ativa dos elementos de toda a amostra como oportunidade para consolidar a informação anteriormente transmitida.

**Atividade 2 – Sessão de Educação para a Saúde – “SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu Escolho...Eu Decido!”** Dinâmica de grupos dirigida aos adolescentes inquiridos (uma sessão por turma), na turma do 8º3 a 30 de novembro de 2018 e na turma do 8º2 a 05 de dezembro de 2018.

Tempo: 45 minutos

Material necessário:

- ✓ Computador e Data Show com internet e colunas de som;
- ✓ Mesas separadas para grupos e cadeiras;
- ✓ 5 conjuntos de 4 cartões plastificados com as letras A, B, C, D (cada cartão com a sua letra), 1 conjunto para cada grupo de alunos da amostra;
- ✓ 3 copos medida padrão de 330 ml, 100 ml, 30 ml e água com corantes.

Objetivos da atividade:

- Promover as inter-relações por forma a criar um ambiente sustentado que reforce e dê sentido às informações transmitidas;
- Promover a reflexão e o debate através de uma análise crítica fundamentada;
- Fomentar a tomada de decisão consciente, fundamentada e responsável face a oferta e consumo de álcool.

Após a exposição oral dos conteúdos teóricos e de acordo com Morais & Viana (2004) “Só a ênfase na informação e nas componentes didáticas é inadequada (...). A dinâmica de grupos, para além de proporcionar um suporte informativo, cria a oportunidade para que o jovem analise as suas atitudes e comportamentos, de modo a favorecer a tomada de decisão responsável” (Morais & Viana, 2004, p. 31). Como tal elaborou-se uma dinâmica de grupos (método pedagógico expositivo e interrogativo) com apoio do PowerPoint (Apêndice XVI) em que cada grupo, previamente formado e organizado pela professora, responde a uma questão de resposta múltipla. Os 3 primeiros grupos a acertarem na resposta é-lhes atribuídos 3, 2, e 1 pontos respetivamente, aos restantes grupos é-lhes atribuído 0 pontos. Os

grupos que acertarem na resposta correta deverão justificar e debater a sua escolha. No final da atividade somam-se as pontuações das questões e vence o grupo que tiver acumulado mais pontos.

**Atividade 3 - Sessão de Educação para a Saúde/Conclusão da Intervenção Comunitária** – “SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu Escolho...Eu Decido!” (uma sessão por turma). Esclarecimento de dúvidas em relação a temática, reaplicação do questionário QCaA para comparar a evolução/aquisição de conhecimentos e aplicação de um pequeno questionário de satisfação para os adolescentes inquiridos avaliarem a Intervenção Comunitária (Apêndice XVII). Realizou-se em ambas as turmas (8º 3 e 8º 2) no dia 12 de dezembro de 2018, mas em horários diferentes.

Tempo: 45 minutos

Objetivos da atividade:

- Consolidar os conhecimentos adquiridos nas atividades anteriores;
- Promover a reflexão sobre a importância da Intervenção comunitária e a sua finalidade.

Esta atividade que concluiu a Intervenção Comunitária, foi dedicada ao esclarecimento de dúvidas sobre a temática, numa sessão aberta. As dúvidas apresentadas pelos adolescentes foram respondidas pelos seus pares e esclarecidas em debate. Reaplicou-se o QCaA aos adolescentes para permitir a comparação e avaliação dos conhecimentos adquiridos. Aplicou-se um questionário de “satisfação” no sentido de os adolescentes poderem refletir e avaliar a importância da Intervenção Comunitária para a aquisição de conhecimentos.

## **2.7. Avaliação**

A avaliação é a última etapa da metodologia do Planeamento em Saúde. Para Imperatori e Giraldes (1993) “Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”(Imperatori & Giraldes, 1993, p. 173). A Avaliação como etapa final liga-se circularmente com a fase inicial do Planeamento em Saúde (elaboração do plano), tendo como finalidade, melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações

dadas pela experiência. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (1981), “A avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente” (Tavares, 1990, p. 205). As dificuldades inerentes ao processo de avaliação podem ser numerosas, pelo que é importante cada projeto conter uma forma de avaliação bem definida, quer ao nível dos resultados que se esperam obter, quer ao nível da sua elaboração, implementação e execução. A avaliação permite que determinemos o grau de sucesso na consecução de um objetivo e os indicadores são o instrumento de medida fundamental, como forma de avaliar e controlar os programas possibilitando a atualização de novas ações.

Passando ao processo de avaliação da Intervenção Comunitária, o quadro três (3) resume de forma sucinta os resultados obtidos em relação aos objetivos operacionais e respetivos indicadores de resultado e de atividade propostos:

**Quadro 3 – Avaliação da Intervenção Comunitária pelos indicadores propostos.**

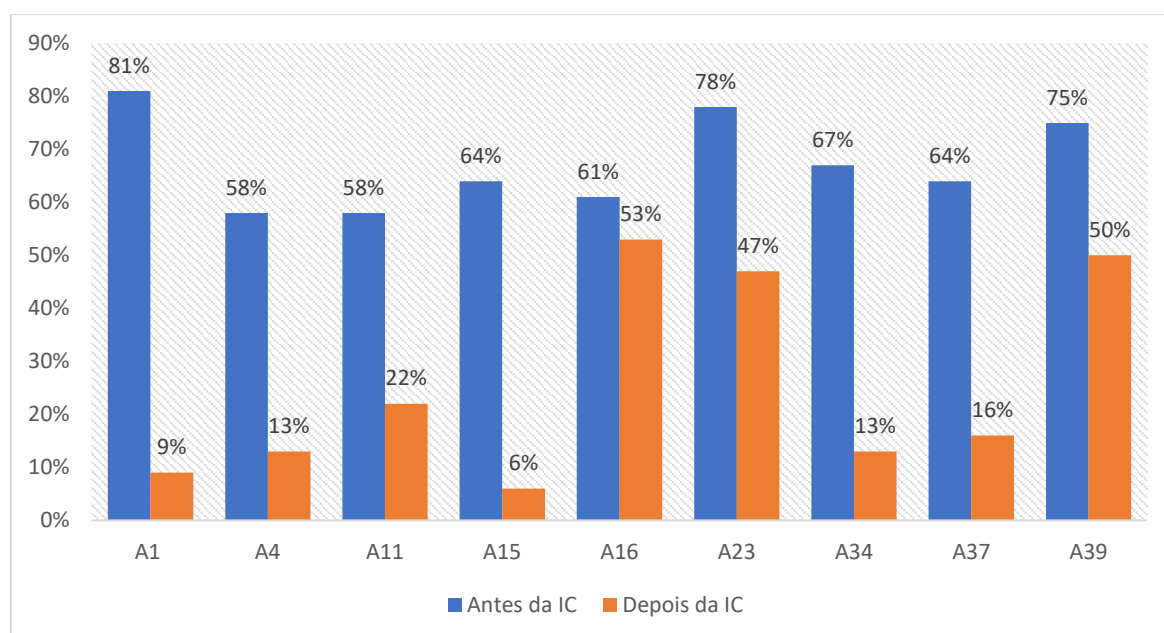
Objetivos Operacionais Pretendidos	Indicador	Resultados Obtidos
<b>Aumentar os conhecimentos associados aos efeitos farmacológicos do álcool, ação e consequências no organismo</b>	Taxa das afirmações do QCaA, que obtiveram um aumento de respostas corretas  (Meta global pretendida: $\geq 60\%$ )	<b>Aumento de respostas corretas em 32 afirmações.</b>
<b>Aumentar os conhecimentos que se referem à metabolização do álcool e a sua relação com o desempenho da pessoa sob o efeito do álcool</b>		<b>Diminuição de respostas corretas em sete (7) afirmações.</b>
<b>Aumentar os conhecimentos através de esclarecimento de mitos e/ou falsos conceitos, tradicionalmente associados ao álcool</b>		<b>► Taxa = 82%</b>
<b>Estimular o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras que capacitam os adolescentes para uma tomada de decisão adequada e responsável</b>	Taxa de Participação dos Adolescentes Inquiridos $\geq 80\%$  Taxa de Adolescentes inquiridos que avaliaram satisfatoriamente	<b>► Taxa de Participação= 94%</b> - Atividade 1 = 97% - Atividade 2 = 97% - Atividade 3 = 89%  <b>► Taxa de adolescentes que avaliaram</b>

	a Intervenção Comunitária $\geq$ 80%	<b>satisfatoriamente a IC = 98,5%</b>
--	--------------------------------------	---------------------------------------

Tendo em conta os **indicadores de resultado** a sua avaliação tem por base os dados resultantes da reaplicação do QCaA num segundo momento, permitindo a comparação de dados entre as 39 afirmações do QCaA que demonstraram défice de conhecimento. Esta comparação possibilita averiguar se houve aumento de respostas corretas depois da Intervenção Comunitária, podendo assim, sugerir um aumento de conhecimento:

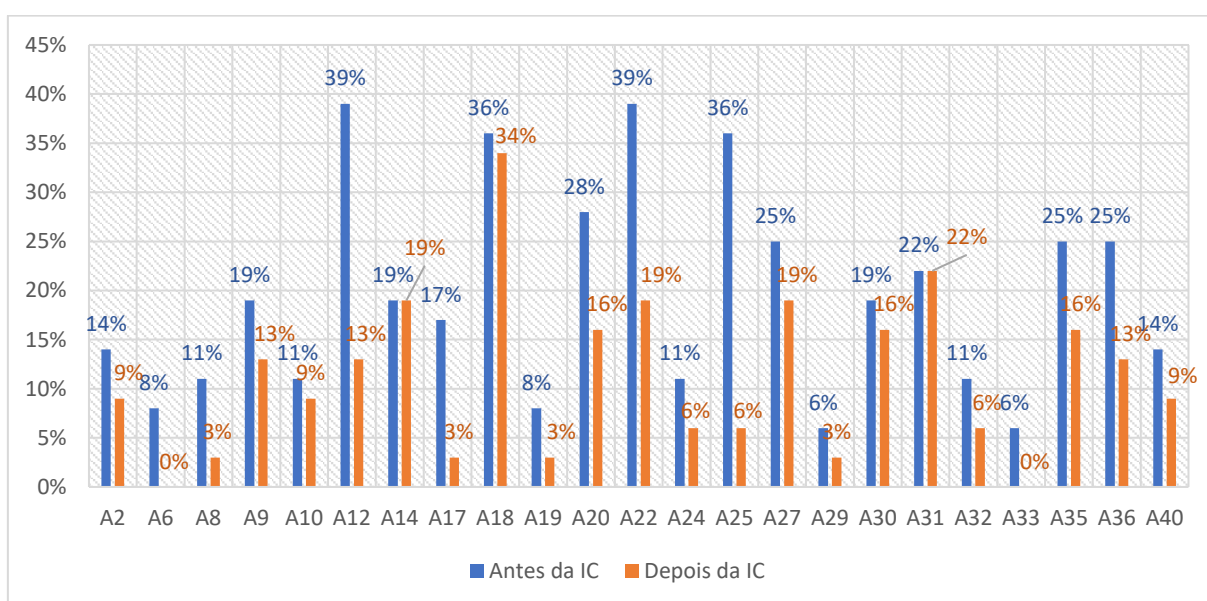
Em relação às nove (9) afirmações do QCaA que revelaram maior défice de conhecimento antes da Intervenção Comunitária, a totalidade (9) aumentou o número de respostas corretas depois da Intervenção Comunitária. Sete (7) obtiveram um aumento  $\geq$  30% e duas (2) um aumento de 8% (A16) e 25% (A39) respetivamente. Estes dados sugerem um evidente aumento de conhecimento por parte dos adolescentes inquiridos. O gráfico 5 permite visualizar esta evolução de conhecimento.

**Gráfico 5 – Comparação da percentagem obtida antes e depois da Intervenção Comunitária (IC), relativamente às 9 afirmações do QCaA que revelaram maior défice de conhecimento.**



Em relação às restantes 30 afirmações do QCaA que revelaram, também, défice de conhecimento pelos adolescentes inquiridos antes da Intervenção Comunitária, 23 afirmações obtiveram um aumento de respostas corretas entre 2 e 30%, sugerindo, igualmente, um aumento de conhecimento (o gráfico 6 permite visualizar esta evolução comparando as 23 afirmações antes e depois da Intervenção Comunitária).

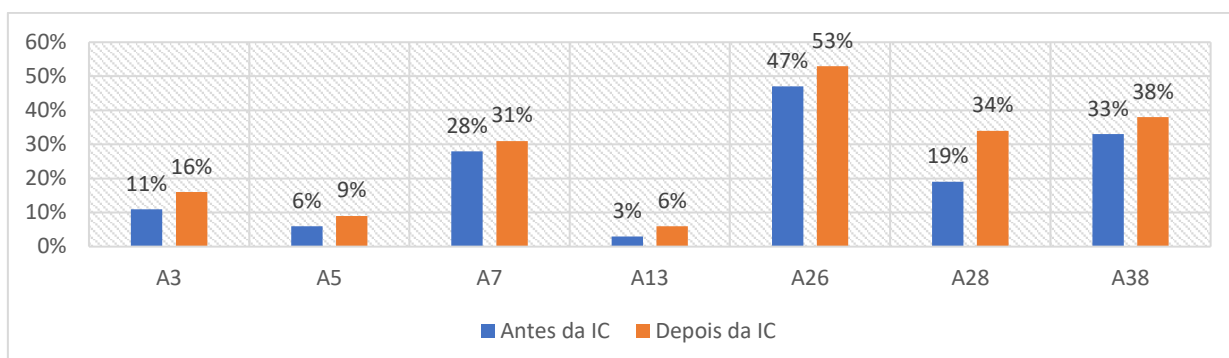
**Gráfico 6 – Comparação da percentagem obtida antes e depois da IC, relativamente às 23 afirmações do QCaA que revelaram défice de conhecimento.**



Das 30 afirmações do QCaA referidas no parágrafo anterior, em sete (A3, A5, A7, A13, A26, A28, A38) houve um aumento de respostas incorretas entre 3 e 15% depois da Intervenção Comunitária. Este dado poderá sugerir que por parte de alguns adolescentes inquiridos houve questões e/ou dúvidas que ficaram por esclarecer justificando, assim, esta pontual diminuição de conhecimento. Não deixando de ser um dado que mereceu alguma reflexão, optou-se por não o valorizar, visto representar apenas 1/5 do total das afirmações do QCaA e a uma média, por cada afirmação, de 5,7% de adolescentes inquiridos que responderam a este aumento de respostas incorretas (o gráfico 7 permite visualizar esta “involução” comparando as sete (7) afirmações antes e depois da Intervenção Comunitária).



**Gráfico 7 – Comparação da percentagem obtida antes e depois da IC, relativamente às sete (7) afirmações do QCaA que revelaram aumento de respostas incorretas depois da IC.**



Face ao exposto, a análise dos indicadores de resultado revela um sucesso na concretização dos objetivos delineados para a Intervenção Comunitária. Os objetivos foram positivamente atingidos porque das 39 afirmações do QCaA que revelaram défice de conhecimento antes da Intervenção Comunitária, 32 afirmações obtiveram um aumento de respostas corretas depois da Intervenção Comunitária, indicando assim, aumento de conhecimento por parte dos adolescentes inquiridos. Com o indicador de resultado proposto (Apêndice XII) pretendia-se um aumento global de afirmações com respostas corretas  $\geq$  a 60% e conseguiu-se **82%**.

Em relação aos **indicadores de atividade** a sua avaliação teve por base um questionário de satisfação de autopreenchimento (Apêndice XIV) e a participação dos adolescentes em cada atividade da Intervenção Comunitária, avaliada pela observação do número de adolescentes presentes.

A participação dos adolescentes inquiridos em cada atividade foi sempre  $\geq$  80% com uma taxa de participação de **94%** (Apêndice X) atingindo desta forma a totalidade do objetivo nesse indicador, relativamente ao objetivo pretendido.

Em termos da avaliação da Intervenção Comunitária, esta foi avaliada de forma muito positiva (Satisfeito/Muito Satisfeito) ultrapassando o objetivo pretendido dos 80% com uma taxa de adolescentes inquiridos que avaliaram satisfatoriamente toda a Intervenção Comunitária igual a **98,5%** (Apêndice X). De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), “a satisfação é uma dimensão da qualidade dos cuidados muito ligada ao fator interpessoal, (...) a sua ausência determina com certeza uma baixa qualidade, porque influencia diretamente a adesão do utente” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 192). Assim sendo, pode concluir-se que as atividades desenvolvidas foram

do agrado dos adolescentes inquiridos uma vez que uma larga maioria avaliou de forma positiva a Intervenção Comunitária e que foi importante para os ajudar a tomar decisões mais responsáveis em relação ao consumo do álcool.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste capítulo apresentam-se as conclusões do projeto da Intervenção Comunitária. Começa-se com uma reflexão sobre as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo deste estágio e finaliza-se com uma reflexão sobre o projeto e as suas limitações.

#### **Reflexão sobre as Competências Desenvolvidas e Adquiridas**

A Ordem dos Enfermeiros definiu, para além de quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas para cada especialidade. O conhecimento e a eficiente articulação entre essas competências são essenciais para definir a função e o exercício do enfermeiro especialista numa enfermagem cada vez mais exigente cientificamente e a nível da prática baseada na evidência.

Em relação ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que define no seu artigo 4º, quatro domínios: **(1)** Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; **(2)** Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; **(3)** Competências do domínio da gestão dos cuidados; **(4)** Competências do domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019). No primeiro domínio foram garantidos todos os pressupostos éticos e legais, como os direitos de autor e autorizações institucionais. O assegurar da participação livre, informada e esclarecida dos adolescentes inquiridos, garantindo o respeito pelos direitos humanos, o anonimato, a proteção da vulnerabilidade, a relação de confiança e o respeito por crenças e valores. No segundo domínio participou-se e colaborou-se com a equipa de enfermagem da UCC Amadora mais – Saúde Escolar no desenvolvimento e implementação de um projeto existente da Unidade. Concebeu-se e implementou-se o projeto referente ao relatório de estágio, contribuindo, assim, para a melhoria

continua da qualidade da unidade e da Promoção da Saúde em ambiente escolar. No terceiro domínio colaborou-se na partilha da tomada de decisão com a equipa de enfermagem da UCC Amadora – Saúde Escolar e a equipa do PES da escola com os respetivos professores, na gestão e definição da Intervenção Comunitária a implementar, promovendo um ambiente favorável à prática e envolvendo de forma efetiva e plena toda a equipa multiprofissional. No quarto domínio, porque a reflexão é uma ferramenta de capacitação na obtenção de conhecimentos, aumentando a nossa capacidade de aprender a partir do que nos rodeia, desenvolveram-se no contexto do estágio oportunidades de aprendizagem reflexiva com a equipa de enfermeiros especialistas, mantendo um constante feedback no sentido da melhoria e aquisição de novos conhecimentos e competências baseadas na prática e na evidência científica.

Em relação às competências específicas do EEEEC e no que diz respeito à área da Saúde Comunitária e Saúde Pública, estabeleceu-se, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade para de seguida e conforme as necessidades encontradas, intervir promovendo a saúde para prevenir e/ou adiar a doença. Com a elaboração deste projeto e a sua implementação com sucesso, estudaram-se, desenvolveram-se e adquiriram-se todas as competências específicas do EEEEC.

A avaliação do estado de saúde de um grupo da comunidade escolar implicou presença, disponibilidade, perseverança, vigilância e a procura constante da melhor prática baseada na evidência através da investigação em enfermagem. Incluiu também orientações emanadas pelo Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão até 2020, pelo Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 e respetivos indicadores recomendados. Compreender a dinâmica e o rigor científico e metodológico inerentes a cada etapa do Planeamento em Saúde foi um desafio muito gratificante que contribuiu bastante para a aquisição das competências específicas do EEEEC. Com esta metodologia foi possível identificar problemas e necessidades desta comunidade, no contexto de um grupo, priorizar os mesmos, definir objetivos e selecionar estratégias. A EpS foi a estratégia escolhida, tendo por base como referencial teórico de enfermagem o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que estrutura e organiza toda a dinâmica de um processo de mudança, sendo a principal prioridade desta Intervenção Comunitária a divulgação de informação e simultaneamente

capacitar o grupo na aquisição de conhecimentos que possibilitem uma tomada de decisão adequada e responsável passíveis de uma mudança de comportamento.

A obtenção do grau de mestre implica o domínio de um conjunto de competências, no final do segundo ciclo de qualificação, definidos e adotados em conformidade com os Descritores de Dublin no Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior. Estas competências genéricas descritas de forma a abranger todos os mestrados multidisciplinares a nível europeu são transversais e complementares às competências comuns do enfermeiro especialista e às competências específicas do EEEC definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Esta complementaridade exige do mestrando em enfermagem um maior aprofundamento a nível do seu conhecimento e capacidade de compreensão, sustentando-se nos conhecimentos do primeiro ciclo de qualificação que deve desenvolver no sentido de os melhorar e aumentar. O saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e diferentes, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo, foi adquirido através da agilização e articulação com enfermeiros especialistas de outras áreas, professores, psicólogos, técnicos superiores dos serviços sociais e outros. Houve necessidade de demonstrar a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos. Como mestrando aperfeiçoou-se a capacidade de comunicar para todos de forma clara e sem ambiguidades e desenvolveu-se competências que permitiram uma autoaprendizagem auto-orientada e autónoma (Bologna Working Group on Qualifications Frameworks, 2005).

Todas estas competências, ao longo deste percurso académico foram integradas, aprofundadas e aperfeiçoadas com as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEEC. Sabemos que é apenas o início de um novo caminho.

## Reflexão sobre o projeto e suas limitações

A elaboração deste projeto de Intervenção Comunitária contribuiu para a reflexão sobre todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio na UCC Amadora mais – Saúde Escolar, durante o qual, foi possível desenvolver as atividades planeadas para atingir os objetivos propostos e adquirir, assim, as competências como EEEEC.

A Intervenção Comunitária teve como principal objetivo promover a aquisição de conhecimentos que conduzam à prevenção do consumo de álcool pelos adolescentes de uma escola, no contexto da Saúde Escolar. A Promoção da Saúde através da EpS foi a estratégia de intervenção utilizada, adotando como referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que se revelou, uma mais valia no processo de planeamento e implementação da Intervenção Comunitária sustentado pela metodologia do Planeamento em Saúde.

Como já foi devidamente referido, os números do último inquérito nacional sobre os comportamentos aditivos na população portuguesa e de outros estudos do SICAD dirigidos aos adolescentes portugueses em ambiente escolar entre os 13 e os 18 anos, dizem-nos que adolescentes muito jovens experimentaram substâncias psicoativas ilícitas, sendo a principal substância o álcool. Dizem-nos, também, que nos adolescentes mais velhos, 17 e 18 anos a percentagem aumenta e que normalmente não se limitam apenas ao consumo de álcool, associando a experimentação de outras substâncias psicoativas consideradas ilícitas em qualquer idade (Balsa *et al.*, 2018; SICAD, 2015, 2016, 2018).

As consequências deste consumo têm repercussões graves a curto, médio e longo prazo. Existe, pois, a necessidade de intervir nos vários níveis de prevenção. Este projeto de Intervenção Comunitária foi orientado para a prevenção primordial e primária em saúde. A promoção da saúde através da EpS é a estratégia implementada para a capacitação (*empowerment*) dos adolescentes, para a criação de ambientes favoráveis à saúde e para o desenvolvimento das suas aptidões pessoais.

Considerando as expectativas depositadas neste projeto, houve limitações externas que influenciaram, na sua génese, a implementação deste. A primeira limitação que achamos pertinente referir foi o tempo de espera face às autorizações das instituições e organismos, do ponto de vista do procedimento ético e legal,

necessárias para iniciar as parcerias e, assim, proceder a avaliação do diagnóstico da situação de saúde e implementação do projeto (o parecer positivo que demorou mais tempo, cerca de 4 meses, foi o da CES da ARSLVT, pedido durante o estágio da unidade curricular Opção II do segundo semestre). A segunda limitação foi o facto da equipa do PES da respetiva escola só nos ter cedido quatro momentos de 45 minutos cada para a implementação do projeto, foi uma limitação importante que obrigou a uma reformulação complexa do número de atividades previamente planeadas e pretendidas para a EpS. Por fim e não menos importante porque é consequência acrescida às anteriores limitações, o tempo de estágio com cerca de 5 meses é um tempo muito curto para avaliar uma mudança de comportamentos (conforme requer o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender), face aos resultados positivos dos objetivos operacionais propostos que confirmaram uma importante aquisição de conhecimentos por parte dos adolescentes inquiridos, após a Intervenção Comunitária. Esta limitação de tempo não nos permite, desde já, obter uma noção real da probabilidade dos ganhos em saúde decorrentes dessa intervenção, mas de acordo com um estudo de Barroso (2012), podemos argumentar que “os adolescentes que possuem mais conhecimentos acerca do álcool, são aqueles que referem menor ocorrência de episódios de embriaguez, apresentando-se assim estes conhecimentos como uma potencial dimensão de proteção” (Barroso, 2012, p. 99), sendo por si só bastante promissor.

Pelo exposto e face aos resultados positivos dos indicadores de atividade e de resultados propostos, consideramos que o objetivo geral do projeto a que nos propusemos foi alcançado com sucesso, assim como a finalidade da unidade curricular de Estágio com Relatório.

Se o projeto tem futuro? Perspetivam-se condições para no próximo ano letivo 2019/2020 integrar a equipa da UCC Amadora – Saúde Escolar, o que permitirá colmatar as limitações referidas e dar uma continuidade ao projeto de forma mais completa. Assim, no final deste relatório o sentimento que predomina não é o de trabalho finalizado, mas sim o do início de uma nova etapa, numa comunidade que nos oferece muitas oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, colocando ao serviço dessa comunidade, todas as competências adquiridas como mestrando na área da Especialidade em Enfermagem Comunitária ao longo de todo este percurso académico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adolfson, F., Strøm, H. K., Martinussen, M., Natvig, H., Eisemann, M., Handegård, B. H., & Kuposov, R. (2014). Early drinking onset: A study of prevalence and determinants among 13-year-old adolescents in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(5), 505–512. <https://doi.org/10.1111/sjop.12151>
- Andreas, J. B., & Jackson, K. M. (2015). Adolescent Alcohol Use Before and After the High School Transition. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(6), 1034–1041. <https://doi.org/10.1111/acer.12730>
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2018). *IV Inquério Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa* (Lisboa, 20). (SICAD, Ed.). SICAD. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Barrett, E. L., Newton, N. C., Teesson, M., Slade, T., & Conrod, P. J. (2015). Adapting the personality-targeted Preventure program to prevent substance use and associated harms among high-risk Australian adolescents. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(4), 308–315. <https://doi.org/10.1111/eip.12114>
- Barroso, T. (2012). *Parar para pensar: intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool*. Loures: Lusociência.
- Barroso, T., Mendes, A., & Barbosa, A. (2009). Análise do fenómeno do consumo de álcool em adolescentes: estudo realizado com adolescentes do 3º ciclo de escolas públicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3).
- Beckman, L., Svensson, M., Geidne, S., & Eriksson, C. (2017). Effects on alcohol use of a Swedish school-based prevention program for early adolescents: a longitudinal study. *BMC Public Health*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3947-3>
- Bologna Working Group on Qualifications Frameworks. (2005). *A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area*. Innovation. <https://doi.org/ISBN 87-91469-53-8>
- Davenport, G., Midford, R., Ramsden, R., Cahill, H., Venning, L., Lester, L., ... Pose, M. (2012). Starting to drink: the experiences of Australian lower secondary students with alcohol. *Journal of Drug Education*, 42(1), 87–98. <https://doi.org/10.2190/DE.42.1.e>
- Decreto-Lei nº 106/2015. (2015). Primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, que estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público, proibindo a prática destas atividades relativamente a menor. *Diário Da República n.º 115/2015, Série I (Nº 106 de 2015-06-16)*, 3896–3897. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/106/2015/06/16/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 496/77. (1977). Introduz alterações ao Código Civil. ARTIGO 130.º (Efeitos da maioridade). *Diário Da República n.º 273/1977, 1º Suplemento, Série I (Nº 496/77 de 1977-11-25)*, 2818–(1) a 2818–(50).
- Decreto-Lei nº 50/2013. (2013). Regime de disponibilização, venda e consumo de

- bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público. *Diário Da República* n.º 74/2013, Série I (Nº 50 de 2013-04-16), 2203–2206. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/50/2013/04/16/p/dre/pt/html>
- Direção-Geral da Educação. (2017). Referencial de Educação para a Saúde, 100. Retrieved from <http://dge.mec.pt/noticias/educacao-saude/referencial-de-educacao-para-saude>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. (Direção-Geral da Saúde, Ed.).
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens*. (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Lisboa: Lisboa.
- Fernández-Artamendi, S., Secades-Villa, R., Fernández Hermida, J. R., García-Fernández, G., & García-Rodríguez, O. (2013). Gender Differences in Early Alcohol and Tobacco Use as a Risk Factor in Spanish Adolescents. *Substance Use & Misuse*, 48(6), 429–437. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.776085>
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (Lusociência, Ed.) (3ª ed).
- Hammond, C. J., Mayes, L. C., & Potenza, M. N. (2014). Neurobiology of Adolescent Substance Use and Addictive Behaviors: Prevention and Treatment Implications. *Adolesc Med State Art Rev*, 25(1), 15–32.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (E. N. de S. Pública, Ed.) (3.ª edição). Lisboa.
- International Council of Nursing, I. (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. (O. dos Enfermeiros, Ed.).
- Lammers, J., Goossens, F., Conrod, P., Engels, R., Wiers, R. W., & Kleinjan, M. (2015). Effectiveness of a selective intervention program targeting personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents: Results of a cluster randomized controlled trial. *Addiction*, 110(7), 1101–1109. <https://doi.org/10.1111/add.12952>
- Lavikainen, H., Salmi, V., Aaltonen, M., & Lintonen, T. (2011). Alcohol-related harms and risk behaviours among adolescents: Does drinking style matter. *Journal of Substance Use*, 16(3), 243–255. <https://doi.org/10.3109/14659891.2010.499492>
- Lo, C. C., Weber, J., & Cheng, T. C. (2013). A spatial analysis of student binge drinking, alcohol-outlet density, and social disadvantages. *American Journal on Addictions*, 22(4), 391–401. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12022.x>
- Machado, M. C. (2015). *Adolescentes*. (F. F. M. dos Santos, Ed.). Lisboa.
- Morais, M., & Viana, M. (2004). Dinâmicas de intervenção em saúde : o consumo de álcool nos adolescentes. *Nursing*, n.º 186, 29–32.
- Neto, V. F. da P., Coelho, M. de M. F., Miranda, K. C., Cabral, R. L., Bezerra, S. T. F., & Almeida, P. C. (2015). Analysis of Risk Behavior Among School Adolescents. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 9, 7572–7581. <https://doi.org/10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201510>



- Núcleo Executivo CLAS Amadora. (2018). *II Plano Municipal para a Integração de Migrantes*. (C. M. da Amadora, Ed.).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7<sup>a</sup> ed). Julie Levin Alexander.
- Regulamento n.º 140/2019 da OE. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República n.º 26/2019, Série II (Nº 140/2019 de 2019-02-06)*, 4744–4750.
- Regulamento n.º 428/2018 da OE. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário Da República n.º 135/2018, Série II (Nº 428/2018 de 2018-07-16)*, 19354–19359.
- Rodrigues, Figueiredo, A. B., Rocha, S., Ward, S., & Tavares, H. (2018). Risky Behaviors on a Student's Population. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 62(1), 46–70. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=129469638&site=ehost-live>
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. (Formasau, Ed.). Coimbra.
- SICAD. (2015). *Os Jovens o Álcool e a Lei. Consumos , atitudes e legislação*. (SICAD, Ed.). Retrieved from <http://www.sicad.pt>.
- SICAD. (2016). *Relatório anual - A situação do País em Matéria de Álcool*. Retrieved from <http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Documents/Relatório Anual Álcool 2015.pdf>
- SICAD. (2018). *Relatório Anual • 2017 - A Situação do País em Matéria de Álcool*. Retrieved from [www.sicad.pt](http://www.sicad.pt)
- Strøm, H. K., Adolfsen, F., Handegård, B. H., Natvig, H., Eisemann, M., Martinussen, M., & Kuposov, R. (2015). Preventing alcohol use with a universal school-based intervention: results from an effectiveness study. *BMC Public Health*, 15(1), 337. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1704-7>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. (Ministério da Saúde, Ed.). Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Tavares, M. L., Reinaldo, A. M., Villa, E. A., Henriques, B. D., & Pereira, M. O. (2017). Profile of Adolescents and Vulnerability for the Use of Alcohol and Other Drugs. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(10), 3906–3912. <https://doi.org/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201727>
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015*. The Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra* -

*Modelos e Teorias de Enfermagem.* (Lusociência, Ed.) (5ª ed). Loures.

- Wang, C., Hipp, J. R., Butts, C. T., Jose, R., & Lakon, C. M. (2015). Alcohol Use among Adolescent youth: The role of friendship networks and family factors in multiple school studies. *PLoS ONE*, 10(3), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119965>
- WHO. (2001). *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development*. Retrieved from <http://www.who.int/childadolescent-health>
- WHO. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014. Global status report on alcohol*. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1)
- WHO. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. [https://doi.org/entity/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/index.html](https://doi.org/entity/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html)
- WHO Regional Office for Europe. (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012 – 2020*.

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Scoping Review e Prisma Flow Diagram**

## Scoping Review

### TÍTULO

Prevenção do Consumo de Álcool nos Adolescentes de uma Escola.

### OBJETIVOS DA SCOPING REVIEW

O objetivo desta revisão scoping é o de mapear e examinar rapidamente a dimensão, amplitude e natureza da atividade da investigação sobre a temática da *Prevenção do Consumo de Álcool nos Adolescentes em ambiente escolar*.

### QUESTÃO

Como prevenir o consumo de álcool nos adolescentes em ambiente escolar?

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA A MNEMÓNICA PCC

#### **População Alvo:**

A revisão scoping considerou todos os estudos de pesquisa desenvolvidos em adolescentes (masculino e feminino).

#### **Conceitos:**

A revisão scoping considerou todos os estudos de pesquisa que englobam os seguintes conceitos:

1. Prevenção;
2. Consumo de álcool.

#### **Contexto:**

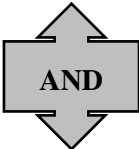
A revisão scoping considerou todos os estudos de pesquisa realizados somente em escolas, de preferência no 3º ciclo do ensino básico.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA AS FONTES DE INFORMAÇÃO

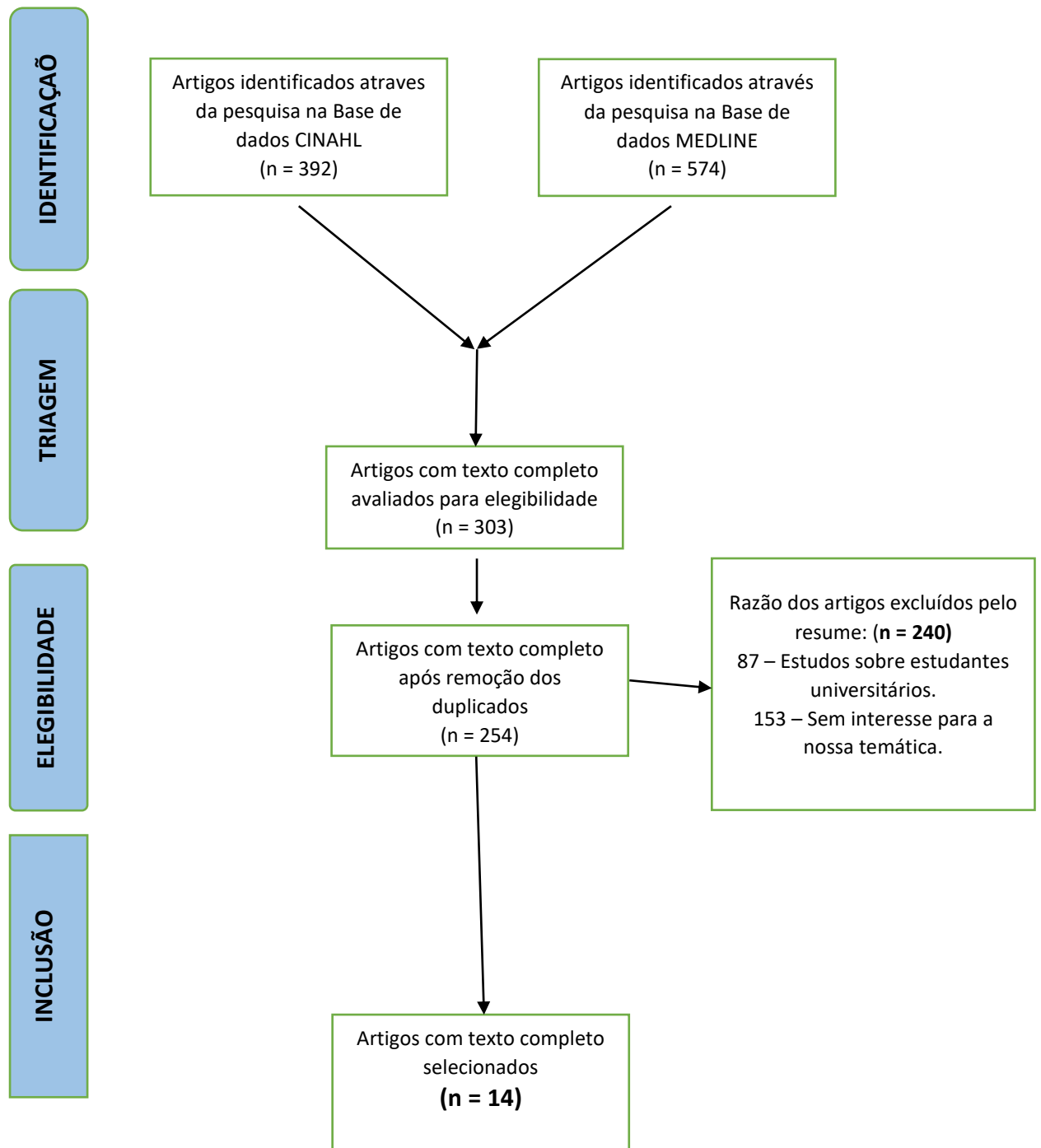
### **Tipos de fontes de informação:**

Esta revisão scoping considerou todos os estudos Quantitativos, Qualitativos e de Revisão Sistemática.

Para uma melhor visualização e entendimento da estratégia de pesquisa, os resultados serão apresentados com os elementos da mnemônica PCC (na Língua Inglesa), os conceitos-chave de pesquisa inicial, traduzidos para inglês, serão desenvolvidos para conter combinações booleanas (OR e AND) entre os conceitos-chave identificados e mnemônicas como demonstra o seguinte quadro:

Combinação <b>OR</b> e <b>AND</b> entre todos os conceitos-chave identificados para a estratégia de pesquisa e as respectivas mnemônicas				
População	AND	Conceito	AND	Contexto
<div> MH “Adolescent”  <u>OR</u>  “Adolescent”  <u>OR</u>  “Adolescents”  <u>OR</u>  “Adolescence”  <u>OR</u>  “Teenager”  <u>OR</u>  “Youth” </div>		<div> “Substance Use Prevention”  <u>OR</u>  MH “Substance Use Prevention”  <u>OR</u>  “Prevention” </div> <div>  </div> <div> MH “Alcohol Drinking+”  <u>OR</u>  “Alcohol Drinking”  <u>OR</u>  “Social Drinking”  <u>OR</u>  “Alcohol Abuse”  <u>OR</u>  “Alcohol Consumption”  <u>OR</u>  MH “Binge Drinking”  <u>OR</u>  MH “Underage Drinking” </div>		<div> “School, Middle”  <u>OR</u>  “Junior High Students”  <u>OR</u>  MH “Schools+”  <u>OR</u>  Schools </div>

## Prisma Flow Diagram



**Fonte:** Adaptação do PRISMA Flow Diagram for the scoping review process  
Traduzido da *Reviewers' Manual 2015, Methodology for JBI Scoping Review*



## **Apêndice II – Pedido de Autorização (ACES Amadora)**



Exma. Sr.<sup>a</sup> Diretora Executiva  
Dr.<sup>a</sup> Ana Isabel Silva, do ACES  
Amadora.

Assunto: Pedido de autorização para a realização do Projeto Saúde é mais Futuro!

Jorge Almeida (nº mecanográfico 703798), a exercer funções na UCC Amadora+/ACES Amadora desde maio 2015, licenciado em Enfermagem a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa irá desenvolver o projeto Saúde é mais Futuro! Cujo tema é: Prevenção do Risco para o Consumo de Substâncias Aditivas – Álcool, nos Adolescentes de uma Escola. Este projeto de intervenção comunitária decorre no âmbito do Estágio na Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade da Amadora+ (UCC Amadora+). Tem a supervisão clínica da Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Andreia Costa ([andreia.costa@esel.pt](mailto:andreia.costa@esel.pt)), como Professora Orientadora e da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Especialista Enfermagem Comunitária Fátima Ramalho ([fatima.ramalho@arslvt.min-saude.pt](mailto:fatima.ramalho@arslvt.min-saude.pt)) Amadora+, como Orientadora Clínica.

Dispomos das autorizações por parte da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), da Comissão de Ética da ARSLVT e da Direção Geral de Educação (DGE). Para a realização deste projeto a Comissão de Ética da ARSLVT requer que entreguemos uma declaração passada por sua excelência Sr.<sup>a</sup> Diretora Executiva Ana Isabel Silva, sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Escolhemos esta temática dirigida para a Saúde Escolar porque entendemos que a abordagem salutogénica (prevenção primordial e primaria) nos adolescentes é da maior importância. Sabemos que a promoção da saúde, num grupo de uma comunidade, para a aquisição de estilos de vida saudáveis ao longo do ciclo de vida é crucial para o médio e longo prazo. O objetivo é garantir uma comunidade mais saudável e consequentemente mais produtiva. Intervir, precocemente, no ambiente escolar torna-se pertinente dado que a escola é um espaço onde os

adolescentes passam grande parte do seu dia. Neste sentido, um ambiente escolar positivo, no qual o adolescente se sente envolvido, seguro e reforçado, tem um papel importante e fundamental no seu desenvolvimento, nomeadamente na capacidade de lidar com o risco associado aos comportamentos aditivos e dependências. A temática do consumo de Álcool é infelizmente sempre atual porque é cultural, segundo o relatório final 2016/2017 do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), o álcool é a substância psicoativa mais consumida em Portugal. Este relatório também concluiu que o álcool surge com as médias, modas e medianas mais baixas (16 anos de idade) de consumos pela primeira vez<sup>1</sup>. Para nós estes dados bastam para justificar a pertinência deste projeto.

O objetivo geral deste projeto visa contribuir na promoção de comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do consumo de álcool nos adolescentes de uma escola. Este projeto será iniciado no Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves (freguesia da Damaia) nas turmas do 8º ano. O diagnóstico da situação de saúde será levantado através de questionários que serão aplicados, numa primeira fase, aos alunos do 8ºano, durante o primeiro trimestre do ano letivo 2018/2019. Numa segunda fase decorrerá a intervenção comunitária e implementação do projeto.

Gostaríamos de referir que os dados recolhidos serão tratados confidencialmente, mantendo o total anonimato. A informação e os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos da área, garantindo o sigilo e o anonimato.

Desde já conto com a vossa colaboração, atenciosamente sem outro assunto.

Obrigado pela atenção

Amadora, 14 de março de 2018

Jorge Emanuel Vicente Almeida

---

<sup>1</sup> SICAD. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. I relatório final [Internet]. 2017. Available from: [http://www.sicad.pt/pt/Paginas/detalhe.aspx?itemId=166&lista=SICAD\\_NOVIDADES&bkUrl=BK/](http://www.sicad.pt/pt/Paginas/detalhe.aspx?itemId=166&lista=SICAD_NOVIDADES&bkUrl=BK/)

### **Apêndice III – Pedido de Autorização (Agrupamento de Escolas da Amadora)**



Exmo. Sr. Diretor Executivo, do  
Agrupamento de Escolas Dr.  
Azevedo Neves.

Assunto: Pedido de adesão ao Projeto Saúde é mais Futuro!

Jorge Almeida, a exercer funções no ACES Amadora desde maio 2015, licenciado em Enfermagem, a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa irá desenvolver o projeto Saúde é mais Futuro! Cujo tema é: Prevenção do Risco para o Consumo de Substâncias Aditivas – Álcool, nos Adolescentes de uma Escola. Este projeto de intervenção comunitária decorre no âmbito do Estágio na Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade da Amadora+ (UCC Amadora+). Tem a supervisão clínica da Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Andreia Costa ([andreia.costa@esel.pt](mailto:andreia.costa@esel.pt)), como Professora Orientadora e da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Especialista Enfermagem Comunitária Fátima Ramalho ([fatima.ramalho@arslvt.min-saude.pt](mailto:fatima.ramalho@arslvt.min-saude.pt)) Amadora+, como Orientadora Clínica.

Dispomos das autorizações da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), da Direção Geral de Educação (DGE) e da Comissão de Ética da ARSLVT.

Para a implementação do projeto necessitamos de um conjunto de dados compilados através de questionários que serão aplicados, aos alunos do 8º ano, durante o primeiro trimestre do ano letivo 2018/2019. O objetivo geral deste projeto visa contribuir na promoção de comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do consumo de álcool nos adolescentes.

Gostaríamos de referir que os dados recolhidos serão tratados confidencialmente, mantendo o total anonimato. A informação e os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos da área, garantindo o sigilo e o anonimato.

Desde já conto com a vossa colaboração para posterior contacto e no desenvolvimento deste projeto. O nosso contato é: [jorge.almeida@arslvt.min-saude.pt](mailto:jorge.almeida@arslvt.min-saude.pt) ou por contato telefónico: 964017110.

Atenciosamente sem outro assunto.

Obrigado pela atenção

Amadora, 16 de março de 2018

Jorge Emanuel Vicente Almeida

#### **Apêndice IV – Pedido de Autorização (UCC Amadora+)**



Exmo. Coordenador da UCC  
Amadora+/ACES Amadora  
Sr. Enfermeiro Chefe José Cassiano

Assunto: Pedido de autorização para a realização do Projeto Saúde é mais Futuro!

Jorge Almeida (nº mecanográfico 703798), a exercer funções no ACES Amadora desde maio 2015 (UCC Amadora+), licenciado em Enfermagem, a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa irá desenvolver o projeto Saúde é mais Futuro! Cujo tema é Prevenção do Risco para o Consumo de Substâncias Aditivas – Álcool, nos Adolescentes de uma Escola. Este projeto de intervenção comunitária decorre no âmbito do Estágio na Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade da Amadora+ (UCC Amadora+). Tem a supervisão clínica da Sr.ª Professora Doutora Andreia Costa ([andreia.costa@esel.pt](mailto:andreia.costa@esel.pt)), como Professora Orientadora e da Sr.ª Enfermeira Especialista Enfermagem Comunitária Fátima Ramalho ([fatima.ramalho@arslvt.min-saude.pt](mailto:fatima.ramalho@arslvt.min-saude.pt)) da UCC Amadora+, como Orientadora Clínica.

A sua realização aguarda, ainda, autorização por parte da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), da Comissão de Ética da ARSLVT e da Direção Geral de Educação (DGE). Para a realização deste projeto a Comissão de Ética da ARSLVT requer uma declaração do Sr. Coordenador José Cassiano, relativo à nossa disponibilidade, acordo quanto às condições estruturais e de logísticas para a sua realização nomeadamente no que concerne à equipa de investigação a envolver no estudo.

A temática é dirigida para a Saúde Escolar porque entendemos que a abordagem salutogénica (prevenção primordial e primaria) nos adolescentes é da maior importância. Sabemos que a promoção da saúde, num grupo de uma comunidade, para a aquisição de estilos de vida saudáveis ao longo do ciclo de vida é crucial a médio e longo prazo. O objetivo é garantir uma comunidade mais saudável e consequentemente mais produtiva. Intervir, precocemente, no



ambiente escolar torna-se pertinente dado que a escola é um espaço onde os adolescentes passam grande parte do seu dia. Neste sentido, um ambiente escolar positivo, no qual o adolescente se sente envolvido, seguro e reforçado, tem um papel importante e fundamental no seu desenvolvimento, nomeadamente na capacidade de lidar com o risco associado aos comportamentos aditivos e dependências. A temática do consumo de Álcool é infelizmente sempre atual porque é sociocultural, segundo o relatório final 2016/2017 do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), o álcool é a substância psicoativa mais consumida em Portugal. Este relatório também concluiu que o álcool surge com as médias, modas e medianas mais baixas (16 anos de idade) de consumos pela primeira vez<sup>2</sup>. Para nós estes dados bastam para justificar a pertinência deste projeto.

O objetivo geral deste projeto visa contribuir na promoção de comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do consumo de álcool nos adolescentes de uma escola. Este será iniciado no Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves (freguesia da Damaia) nas turmas do 8º ano. O diagnóstico da situação de saúde será levantado através de questionários que serão aplicados, no primeiro trimestre do ano letivo 2018/2019. Numa segunda fase decorrerá a intervenção comunitária, com a implementação do projeto.

Gostaríamos de referir que os dados recolhidos serão tratados confidencialmente, mantendo o total anonimato. A informação e os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos da área, garantindo o sigilo e o anonimato.

Desde já conto com a vossa colaboração, atenciosamente sem outro assunto.

Obrigado pela atenção

Amadora, 14 de março de 2018

Jorge Emanuel vicente Almeida

---

<sup>2</sup> SICAD. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. I relatório final [Internet]. 2017. Available from: [http://www.sicad.pt/pt/Paginas/detalhe.aspx?itemId=166&lista=SICAD\\_NOVIDADES&bkUrl=BK/](http://www.sicad.pt/pt/Paginas/detalhe.aspx?itemId=166&lista=SICAD_NOVIDADES&bkUrl=BK/)

## **Apêndice V – Pedido de Autorização para a utilização do QCaA**

JORGE EMANUEL VICENTE ALMEIDA [jorge.almeida@campus.esel.pt](mailto:jorge.almeida@campus.esel.pt)

## Pedido de autorização

Teresa Barroso <tbarroso@esenfc.pt> 20 de março de 2018 às 21:02

Para: JORGE EMANUEL VICENTE ALMEIDA <jorge.almeida@campus.esel.pt>

Cc: [fatima.ramalho@arslvt.min-saude.pt](mailto:fatima.ramalho@arslvt.min-saude.pt) , Andreia Catia Jorge Silva Costa [andreia.costa@esel.pt](mailto:andreia.costa@esel.pt)

Caro Enfermeiro Jorge,

Em primeiro lugar cumprimentá-lo pelo seu interesse numa área tão relevante, e ainda, pelo interesse em utilizar o QCaA.

Autorizo a sua utilização e gostaria de conhecer os resultados do estudo que irá desenvolver

Com os meus melhores cumprimentos,

Teresa Barroso

No dia 18/03/2018, às 10:38, JORGE EMANUEL VICENTE ALMEIDA

<[jorge.almeida@campus.esel.pt](mailto:jorge.almeida@campus.esel.pt)> escreveu:

Bom dia Professora Doutora Teresa Barroso

Jorge Almeida, a exercer funções na UCC Amadora+/ACES Amadora, licenciado em Enfermagem a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa irá desenvolver o projeto Saúde é mais Futuro! Cujo tema é: Prevenção do Risco para o Consumo de Substâncias Aditivas – Consumo de Álcool, nos Adolescentes de uma Escola. Este projeto de intervenção comunitária decorre no âmbito do Estágio na Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade da Amadora+ (UCC Amadora+). Tem a supervisão clínica da Sr.ª Professora Doutora Andreia Costa ([andreia.costa@esel.pt](mailto:andreia.costa@esel.pt)), como Professora Orientadora e da Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Fátima Ramalho ([fatima.ramalho@arslvt.min-saude.pt](mailto:fatima.ramalho@arslvt.min-saude.pt)), como Orientadora Clínica.

O objetivo geral deste projeto visa contribuir na promoção de comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do consumo de álcool nos adolescentes de uma escola. Este projeto será iniciado numa escola da cidade de Amadora, nas turmas do 8º e 9º ano. O diagnóstico da situação de saúde será levantado através de questionários que serão aplicados, numa primeira fase, aos alunos do 8ºano, durante o mês de maio do ano letivo 2017/2018. Numa segunda fase decorrerá a implementação do projeto, aos mesmos alunos que transitarem para o 9º ano do ano letivo 2018/2019, esta fase prevê-se que decorrerá durante o primeiro período.

Venho por este meio solicitar-lhe a autorização de partilha e utilização do seguinte instrumento de colheita de dados - Questionário de Conhecimentos Acerca do Álcool (QCaA) da sua autoria.

Desde já conto com a vossa autorização, atenciosamente sem outro assunto.

Obrigado pela atenção

Jorge Almeida ([jorge.almeida@campus.esel.pt](mailto:jorge.almeida@campus.esel.pt))

## **Apêndice VI – Consentimento Informado para os Encarregados de Educação**



## PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Jorge Almeida, Licenciado em Enfermagem, a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, irá desenvolver o projeto Saúde é mais Futuro! Cujo tema é Prevenção do Risco para o Consumo de Substâncias Aditivas, nomeadamente o Álcool, nos Adolescentes de uma Escola. Este projeto de intervenção comunitária decorre no âmbito do Estágio na Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade da Amadora+ (UCC Amadora+)/ACES Amadora. A sua realização está autorizada pela Direção-Geral de Educação (DGE) e pelo Conselho Executivo da Escola Secundária Dr. Azevedo Neves (Alto da Damaia).

Para a sua implementação necessitamos de um conjunto de dados compilados através de questionários (tempo de preenchimento cerca de 20 minutos), que serão aplicados aos vossos educandos durante o 1º semestre do ano letivo 2018/2019. A opção de recusar participar no projeto é de livre escolha e não acarreta qualquer constrangimento.

Gostaríamos de referir que os dados recolhidos serão tratados confidencialmente e o seu educando não será em momento algum identificado, mantendo o total anonimato.

Desde já conto com a vossa colaboração para o desenvolvimento deste projeto que visa a Promoção da Saúde.

Eu, \_\_\_\_\_, Encarregado de Educação do  
aluno \_\_\_\_\_, do ano \_\_\_\_\_, da turma \_\_\_\_\_ da  
Escola Secundária Dr. Azevedo Neves (Alto da Damaia).

☐ **Autorizo** o meu educando a participar no projeto.

☐ **Não autorizo** o meu educando a participar no projeto.

Assinatura do Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_

## **Apêndice VII – Consentimento Informado para os Adolescentes**



## CONSENTIMENTO INFORMADO

Jorge Almeida, Licenciado em Enfermagem, a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa irá desenvolver o projeto Saúde é mais Futuro! Cujo tema é Prevenção do Risco para o Consumo de Substâncias Aditivas, nomeadamente o Álcool, nos Adolescentes de uma Escola. Este projeto de intervenção comunitária decorre no âmbito do Estágio na Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade da Amadora+ (UCC Amadora+)/ACES Amadora. A sua realização está autorizada pela Direção-Geral de Educação (DGE) e pelo Conselho Executivo da Escola Secundária Dr. Azevedo Neves (Alto da Damaia).

Para a sua implementação necessitamos de um conjunto de dados compilados através de questionários dos quais pedimos a vossa participação no seu preenchimento (tempo previsto de preenchimento cerca de 20 minutos). A opção de recusar participar no projeto é de livre escolha e não acarreta qualquer constrangimento.

Gostaríamos de referir que os dados recolhidos serão tratados confidencialmente e não será em momento algum identificado mantendo o total anonimato. A informação e os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos da área, garantindo o sigilo e o completo anonimato.

Desde já conto com a vossa colaboração para o desenvolvimento deste projeto que visa a Promoção da Saúde.

Eu, \_\_\_\_\_, aluno do  
ano\_\_\_\_, da turma\_\_\_\_ da Escola Secundária Dr. Azevedo Neves (Alto da Damaia).

☐ **CONSINTO** participar no projeto.

☐ **NÃO CONSINTO** participar no projeto.

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

## **Apêndice VIII – Cronograma de Atividades (GANTT)**



## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES A DESENVOLVER PARA O PROJETO

	2018																2019											
	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março			
	semana				semana				semana				semana				semana				semana				semana			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pesquisa Bibliográfica																												
Reuniões com equipa do PES da escola																												
Orientação Tutorial																												
Diagnóstico da Situação de Saúde																												
Definição de Prioridades																												
Fixação de Objetivos																												
Seleção de Estratégias																												
Preparação da Execução																												
Implementação do Projeto																												
Avaliação																												
Elaboração do Relatório de Estágio																												
Entrega do Relatório de Estágio																												

### Legenda:



Realizado

## **Apêndice IX – Instrumento de Recolha de Dados**

--	--	--

## QUESTIONÁRIO

A tua colaboração é voluntária e anónima (não escrevas o teu nome em nenhuma folha). As respostas serão tratadas de uma forma anónima e confidencial.

Preenche todos os itens do questionário, assinalando com uma cruz (X) a opção que melhor se adequa a ti.

Obrigada pela tua participação!

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1- Qual é a tua idade? \_\_\_\_\_ anos.

2- Qual é a tua nacionalidade? \_\_\_\_\_

3- Qual é a tua naturalidade? \_\_\_\_\_

4- És do sexo:      Feminino ☐                      Masculino ☐

5- Com quem vives?

5.1- Pai e Mãe ☐

5.2- Pai, Mãe e Irmãos ☐

5.3- Pai ☐

5.4- Mãe ☐

5.5- Outros ☐ Quem? \_\_\_\_\_

6- Tens irmãos? Sim ☐ Não ☐

6.1- Se Sim, quantos? \_\_\_\_\_

7- Quando estás angustiado com quem costumes desabafar?

7.1- Mãe ☐

7.2- Pai ☐

7.3- Amigos ☐

7.4- Outros ☐ Quem? \_\_\_\_\_

8- A tua escola já promoveu alguma iniciativa/trabalhos sobre os Problemas ligados ao consumo de Álcool? Sim ☐ Não ☐

## Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool (QCaA)

Este questionário da autoria da Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Teresa Barroso serve para podermos ajudar-te a melhorar os conhecimentos acerca do álcool e por isso queríamos saber o que já sabes sobre esta temática.

Por favor lê as frases que se seguem, assinalando com uma cruz (X) no VERDADEIRO “V” se considerares que a frase é verdadeira ou colocando uma cruz (X) no FALSO “F” se considerares que a frase é falsa. **Obrigada pela tua participação!**

		V	F
1	O álcool das bebidas alcoólicas é "álcool etílico" como o álcool que usamos para desinfetar a pele e que se vende nas farmácias.		
2	O consumo de álcool pode causar dependência.		
3	O teor alcoólico de uma bebida é a quantidade de álcool que a bebida tem.		
4	O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem todos os dias.		
5	Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool.		
6	O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar.		
7	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber um ou dois copos de bebidas sem ser bebidas destiladas, repartidas pelas principais refeições.		
8	As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.		
9	As bebidas alcoólicas quando bebidas às refeições não fazem mal porque o álcool ajuda a fazer a digestão.		
10	O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de aprendizagem e de memória.		
11	O álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estômago junto com os alimentos.		
12	O álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso organismo que têm mais água.		
13	Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.		
14	Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura reagem da mesma maneira à mesma quantidade de álcool.		
15	Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas diminui-se a quantidade de álcool.		
16	O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool que é ingerido.		
17	O alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.		
18	A idade não tem influência na capacidade do fígado "queimar" o álcool.		
19	É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grandes quantidades.		
20	Dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, não provocam alterações.		

		<b>V</b>	<b>F</b>
21	As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool faz mal ao bebê.		
22	O álcool não é uma substância que cause dependência como as drogas.		
23	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira a não se sentir tonto ou maldisposto.		
24	A cerveja é boa para "matar" a sede.		
25	O álcool das bebidas alcoólicas é "queimado" no fígado.		
26	Os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.		
27	O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.		
28	O álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre bem-dispostas.		
29	Qualquer criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.		
30	O alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool		
31	As mulheres que estão a amamentar podem beber álcool desde que bebam com moderação.		
32	No nosso país há poucas pessoas que bebam muito.		
33	Quanto mais cedo se começa a beber, maior é a probabilidade de se vir a ter problemas relacionados com o álcool ao longo da vida.		
34	As pessoas quando bebem álcool ficam mais quentes porque o álcool aquece.		
35	O álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações nos reflexos.		
36	O fígado está preparado para "queimar" qualquer quantidade de álcool.		
37	Os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.		
38	O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente do estômago para o sangue.		
39	Pode-se beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas diferentes.		
40	O álcool é a causa de 4 em cada 10 mortes de acidentes de viação, afogamentos, queimaduras, quedas e outros acidentes.		

**Apêndice X – Resultado dos Dados Sociodemográficos da Amostra e do QCaA  
Antes e Depois da Intervenção Comunitária**

**Tabela 1 - Caracterização dos adolescentes inquiridos quanto a Idade e Sexo.**

		Idade						Total
		12	13	14	15	16	17	
Sexo	Feminino		30,6%	16,7%	8,3%	2,8%	2,8%	61,1%
	Masculino	2,8%	8,3%	13,9%	13,9%			38,9%
Total		2,8%	38,9%	30,6%	22,2%	2,8%	2,8%	100,0%

**Tabela 2 – Caracterização dos adolescentes inquiridos quanto a Idade**

N	Válido	36
	Omisso	0
Média		13,92
Mediana		14,00
Moda		13
Mínimo		12
Máximo		17

**Tabela 3 - Caracterização dos adolescentes inquiridos quanto a Naturalidade.**

		Frequência	Porcentagem
Válido	Angolana	5	13,9
	Cabo Verdiana	10	27,8
	Brasil	2	5,6
	Portuguesa	15	41,7
	São Tomé e Príncipe	2	5,6
	Inglesa	1	2,8
	Guiné-Bissau	1	2,8
	Total	36	100,0

**Tabela 4 - Caracterização dos adolescentes inquiridos quanto ao Agregado Familiar.**

		Frequência	Porcentagem
Válido	Outros	6	16,7
	Mãe e Irmãos	6	16,7
	Pai e Mãe	2	5,6
	Pai, Mãe e Irmãos	15	41,7
	Mãe	7	19,4
	Total	36	100,0



**Tabela 5 – Distribuição dos adolescentes em relação a pessoa com quem partilham as angústias.**

		Frequência	Porcentagem
Válido	Avó	3	8,3
	Mãe e Irmã	1	2,8
	Ninguém	4	11,1
	Pai	2	5,6
	Mãe	7	19,4
	Pai, Mãe e Amigos	2	5,6
	Madrinha e Pai	1	2,8
	Irmã	2	5,6
	Amigos	14	38,9
	Total	36	100,0

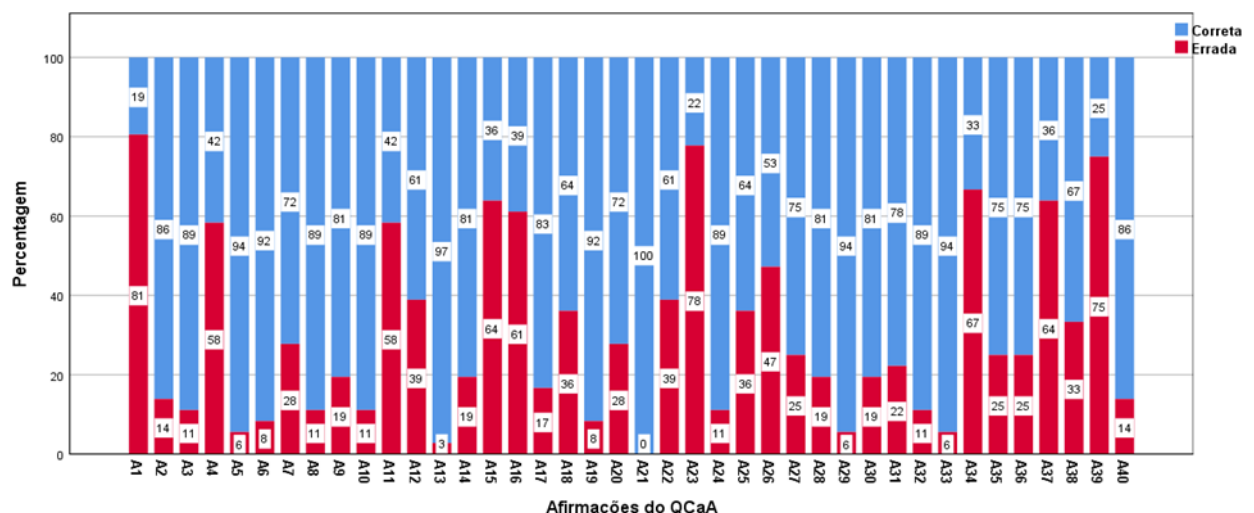
**Tabela 6 – Distribuição dos adolescentes por respostas corretas e erradas em relação às afirmações do QCaA antes da Intervenção Comunitária.**

	Correta	Errada		Correta	Errada
A20	72%	28%	A40	86%	14%
A19	92%	8%	A39	25%	75%
A18	64%	36%	A38	67%	33%
A17	83%	17%	A37	36%	64%
A16	39%	61%	A36	75%	25%
A15	36%	64%	A35	75%	25%
A14	81%	19%	A34	33%	67%
A13	97%	3%	A33	94%	6%
A12	61%	39%	A32	89%	11%
A11	42%	58%	A31	78%	22%
A10	89%	11%	A30	81%	19%
A9	81%	19%	A29	94%	6%
A8	89%	11%	A28	81%	19%
A7	72%	28%	A27	75%	25%
A6	92%	8%	A26	53%	47%
A5	94%	6%	A25	64%	36%
A4	42%	58%	A24	89%	11%
A3	89%	11%	A23	22%	78%
A2	86%	14%	A22	61%	39%
A1	19%	81%	A21	100%	0%

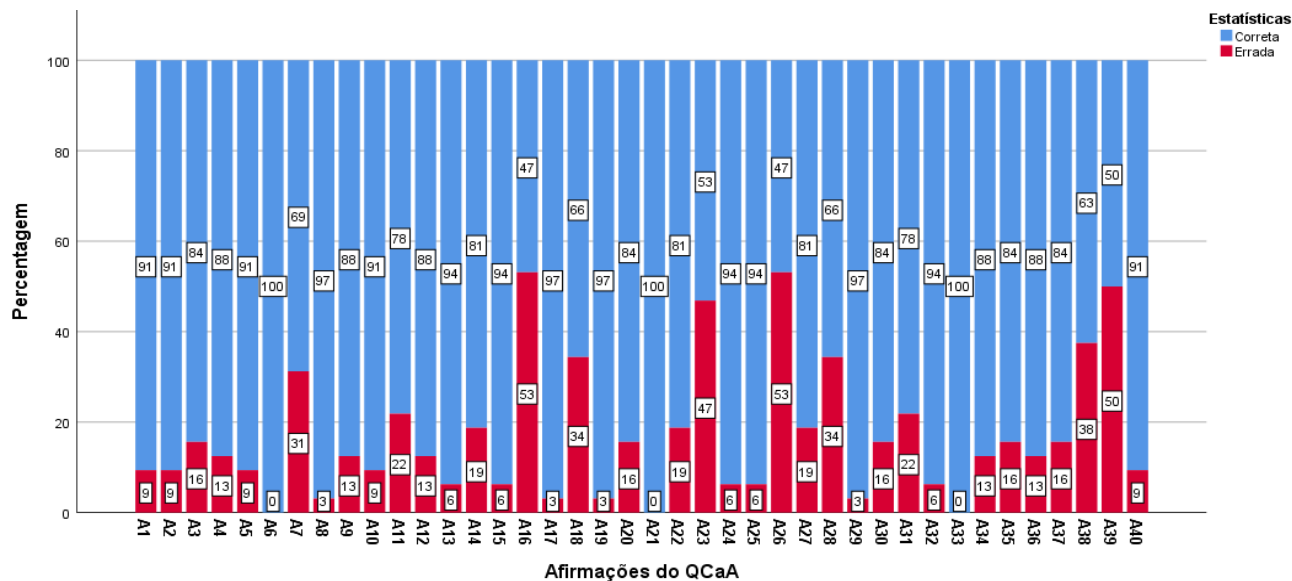
**Tabela 7 – Distribuição dos adolescentes por respostas corretas e erradas em relação às afirmações do QCaA depois da Intervenção Comunitária.**

	Correta	Errada		Correta	Errada
A20	84%	16%	A40	91%	9%
A19	97%	3%	A39	50%	50%
A18	66%	34%	A38	63%	38%
A17	97%	3%	A37	84%	16%
A16	47%	53%	A36	88%	13%
A15	94%	6%	A35	84%	16%
A14	81%	19%	A34	88%	13%
A13	94%	6%	A33	100%	0%
A12	88%	13%	A32	94%	6%
A11	78%	22%	A31	78%	22%
A10	91%	9%	A30	84%	16%
A9	88%	13%	A29	97%	3%
A8	97%	3%	A28	66%	34%
A7	69%	31%	A27	81%	19%
A6	100%	0%	A26	47%	53%
A5	91%	9%	A25	94%	6%
A4	88%	13%	A24	94%	6%
A3	84%	16%	A23	53%	47%
A2	91%	9%	A22	81%	19%
A1	91%	9%	A21	100%	0%

**Gráfico 1 – Distribuição dos adolescentes inquiridos por respostas corretas e erradas em relação às afirmações do QCaA antes da Intervenção Comunitária.**



**Gráfico 2 – Distribuição dos adolescentes inquiridos por respostas corretas e erradas em relação às afirmações do QCaA depois da Intervenção Comunitária.**



**Tabela 8 - Comparação da percentagem obtida antes e depois da Intervenção Comunitária (IC), relativamente às 9 afirmações do QCaA que revelaram MAIOR déficit de conhecimento antes da IC.**

Afirmações	Antes da IC	Depois da IC	Evolução Positiva
A1	81%	9%	72%
A4	58%	13%	45%
A11	58%	22%	36%
A15	64%	6%	58%
A16	61%	53%	8%
A23	78%	47%	31%
A34	67%	13%	54%
A37	64%	16%	48%
A39	75%	50%	25%

**Tabela 9 - Comparação da percentagem obtida antes e depois da Intervenção Comunitária (IC), relativamente às 23 afirmações do QCaA que revelaram déficit de conhecimento, mas em menor percentagem, antes da IC.**

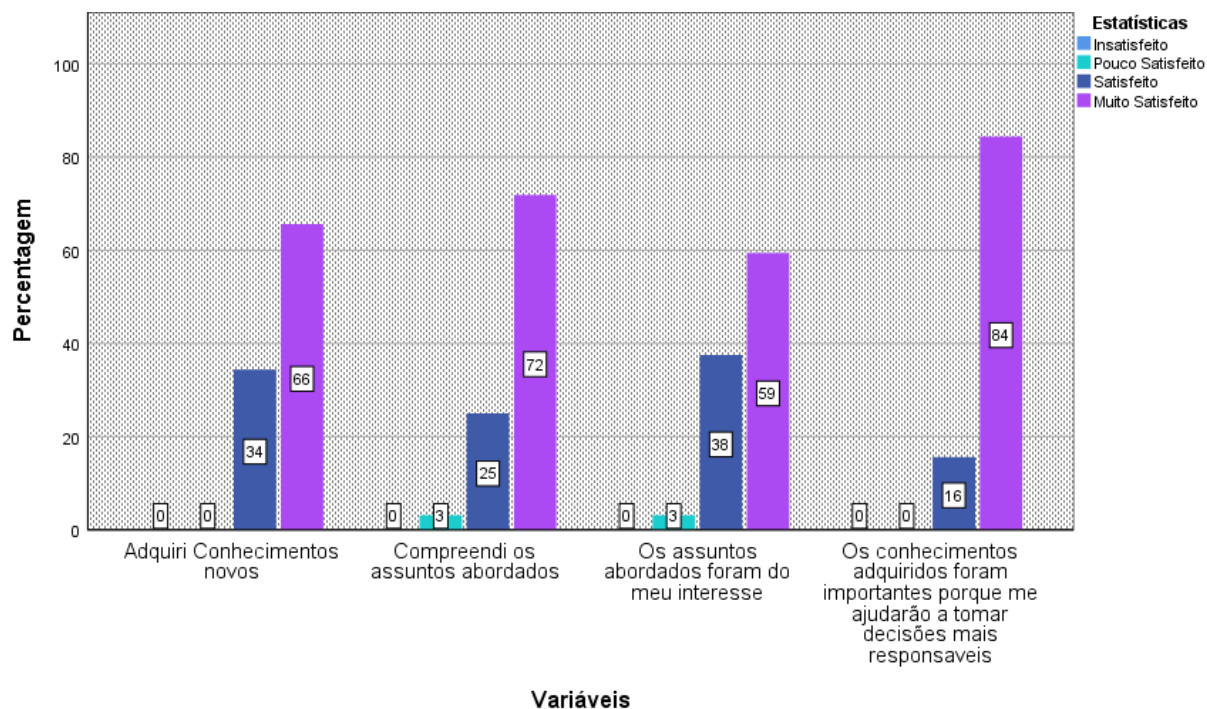
Afirmações	Antes da IC	Depois da IC	Evolução Positiva
A2	14%	9%	5%
A6	8%	0%	8%
A8	11%	3%	8%
A9	19%	13%	6%
A10	11%	9%	2%

A12	39%	13%	26%
A14	19%	19%	0%
A17	17%	3%	14%
A18	36%	34%	2%
A19	8%	3%	5%
A20	28%	16%	12%
A22	39%	19%	20%
A24	11%	6%	5%
A25	36%	6%	30%
A27	25%	19%	6%
A29	6%	3%	3%
A30	19%	16%	3%
A31	22%	22%	0%
A32	11%	6%	5%
A33	6%	0%	6%
A35	25%	16%	9%
A36	25%	13%	12%
A40	14%	9%	5%

**Tabela 10 – Comparação da percentagem obtida antes e depois da Intervenção Comunitária (IC), relativamente às sete (7) afirmações do QCaA que revelaram um aumento de respostas incorretas em relação à primeira aplicação do QCaA.**

Afirmações	Antes da IC	Depois da IC	Evolução Negativa
A3	11%	16%	5%
A5	6%	9%	3%
A7	28%	31%	3%
A13	3%	6%	3%
A26	47%	53%	6%
A28	19%	34%	15%
A38	33%	38%	5%

**Gráfico 2 – Distribuição dos adolescentes inquiridos em relação a avaliação da Intervenção Comunitária (IC).**



**Tabela 11 – Distribuição dos adolescentes inquiridos em relação a avaliação da Intervenção Comunitária (IC)**

Adquiri Conhecimentos novos		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Escala	Satisfeito	11	30,6	34	34
	Muito Satisfeito	21	58,3	66	100,0
	Total (presentes)	32	88,9	100,0	
	Total (ausentes)	4	11,1		
Total		36	100,0		

Compreendi os assuntos abordados		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Escala	Pouco Satisfeito	1	2,8	3	3
	Satisfeito	8	22,2	25	28
	Muito Satisfeito	23	63,9	72	100,0
	Total (presentes)	32	88,9	100,0	

Total (ausentes)	4	11,1		
Total	36	100,0		

#### Os assuntos abordados foram do meu interesse

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Escala	Pouco Satisfeito	1	2,8	3	3
	Satisfeito	12	33,3	38	41
	Muito Satisfeito	19	52,8	59	100,0
	Total (presentes)	32	88,9	100,0	
	Total (ausentes)	4	11,1		
Total		36	100,0		

#### Os conhecimentos adquiridos foram importantes porque me ajudarão a tomar decisões mais responsáveis

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Escala	Satisfeito	5	13,9	16	16
	Muito Satisfeito	27	75,0	84	100,0
	Total (presentes)	32	88,9	100,0	
	Total (ausentes)	4	11,1		
Total		36	100,0		

**Tabela 12 – Satisfação dos adolescentes inquiridos em relação à Intervenção Comunitária**

	Adquiri Conhecimentos Novos	Compreendi os assuntos abordados	Os assuntos abordados foram do meu interesse	Os conhecimentos adquiridos foram importantes porque me ajudarão a tomar decisões mais responsáveis	Média (%) Total de Adolescentes Inquiridos: <u>Satisfeito</u> ou <u>Muito Satisfeito</u>
Insatisfeito	0%	0%	0%	0%	0%
Pouco Satisfeito	0%	3%	3%	0%	1,5%
Satisfeito	34%	25%	38%	16%	28,25%
Muito Satisfeito	66%	72%	59%	84%	70,25%
<b>TOTAL</b>					<b>98,50%</b>

**Tabela 13 – Distribuição dos adolescentes inquiridos em relação à participação ao longo da Intervenção Comunitária (IC)**

<b>Intervenção Comunitária (N=36)</b>	<b>Adolescentes Presentes</b>	<b>Adolescentes Ausentes</b>	<b>Total (%) de Adolescentes Presentes</b>
Atividade 1	35	1	<b>97%</b>
Atividade 2	35	1	<b>97%</b>
Atividade 3	32	4	<b>89%</b>
<b>Total (média)</b>	<b>34</b>	<b>2</b>	<b>94%</b>

## **Apêndice XI – Inter-relação Objetivo/Atividade**





## INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA – SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu Escolho...Eu Decido!

### Inter-relação Objetivo/Atividade

Objetivo Geral	Objetivos Operacionais	Atividades
<p><b>Promover a aquisição de conhecimentos que conduzam à prevenção do consumo de álcool na adolescência, nos alunos do 8º 2 e 8º 3 de uma escola do Concelho da Amadora, de outubro de 2018 a fevereiro de 2019.</b></p>	<p><b>1 - Aumentar os conhecimentos associados aos efeitos farmacológicos do álcool, ação e consequências no organismo:</b> pretende-se alcançar um aumento global de respostas corretas <math>\geq 60\%</math>, nas afirmações que revelaram défice de conhecimento;</p>	<p>Atividade 1 Atividade 2 Atividade 3</p>
	<p><b>2 - Aumentar os conhecimentos que se referem à metabolização do álcool e a sua relação com o desempenho da pessoa sob o efeito do álcool:</b> pretende-se alcançar um aumento global de respostas corretas <math>\geq 60\%</math>, nas afirmações que revelaram défice de conhecimento;</p>	<p>Atividade 1 Atividade 2 Atividade 3</p>
	<p><b>3 - Aumentar os conhecimentos através de esclarecimento de mitos e/ou falsos conceitos, tradicionalmente associados ao álcool:</b> pretende-se alcançar um aumento global de respostas corretas <math>\geq 60\%</math>, nas afirmações que revelaram défice de conhecimento;</p>	<p>Atividade 1 Atividade 2 Atividade 3</p>
	<p><b>4 - Estimular o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras que capacitam os adolescentes para uma tomada de decisão adequada e responsável:</b> pretende-se uma participação <math>\geq 80\%</math> dos adolescentes ao longo da Intervenção Comunitária e uma avaliação positiva desta, por parte dos adolescentes, <math>\geq 80\%</math>.</p>	<p>Atividade 1 Atividade 2 Atividade 3</p>

**Apêndice XII – Indicadores de Resultado e Indicadores de Atividade  
Pretendidos**

INDICADORES DE <u>ATIVIDADE</u> E DE <u>RESULTADO</u> DA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA PRETENDIDOS			
Indicadores de Atividade ou de Execução	Atividade 1,2 e 3	Taxa de participação dos adolescentes inquiridos na Intervenção Comunitária ≥ 80%	$\frac{\text{Nº de adolescentes inquiridos presentes nas atividades da IC}}{\text{Nº total dos adolescentes inquiridos}} \times 100 \geq 80\%$
	Atividade 3	Taxa de adolescentes que avaliaram positivamente (Satisfeito/Muito Satisfeito) a Intervenção Comunitária ≥ 80%	$\frac{\text{Nº de adolescentes inquiridos que avaliaram a IC com "Satisfeito ou Muito satisfeito"}}{\text{nº total dos adolescentes inquiridos presentes na atividade}} \times 100 \geq 80\%$
Indicadores de Resultado ou de Impacto	Atividade 3	Taxa das afirmações do QCaA que obtiveram um aumento de respostas corretas. Pretende-se um aumento global de afirmações com respostas corretas ≥ 60%	$\frac{\text{Nº de afirmações do QCaA, que revelaram défice de conhecimento antes da IC e que obtiveram um aumento de respostas corretas depois da IC}}{\text{Nº total das afirmações do QCaA que revelaram um défice de conhecimento antes da IC}} \times 100 \geq 60\%$

### **Apêndice XIII – Póster da Intervenção Comunitária**

## SAÚDE É MAIS FUTURO! EU ESCOLHO... EU DECIDO!

O adolescente que consome álcool não só desenvolve um comportamento de risco como, também, provoca graves danos ao seu organismo.

### OS RISCOS DO ÁLCOOL PARA O COMPORTAMENTO...



Dos adolescentes	Que não bebem	Que bebem regularmente	Que bebem excessivamente
Sexo desprotegido/abuso sexual e gravidez não desejada.	Pequeno	Moderado	Elevado
Sofrer um acidente carro/moto e quedas.	Pequeno	Moderado	Elevado
Violência e envolvimento em brigas.	Pequeno	Moderado	Elevado
Ideação suicida.	Pequeno	Moderado	Elevado
Insucesso escolar.	Pequeno	Moderado	Elevado
Quando os adolescentes se tornam adultos	Que não beberam	Que beberam regularmente	Que beberam excessivamente
Dependência do álcool e de outras substâncias aditivas.	Pequeno	Moderado	Elevado
Propensão para a criminalidade.	Pequeno	Moderado	Elevado
Desenvolver depressão ou outro transtorno neuropsiquiátrico.	Pequeno	Moderado	Elevado
Desenvolvimento precoce de doenças crónicas e incapacitantes.	Pequeno	Moderado	Elevado

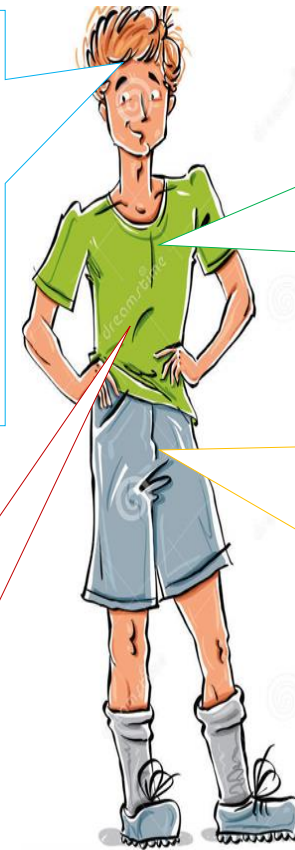
## ...E PARA A SAÚDE

### CÉREBRO

Com o cérebro ainda em formação, o álcool diminui as atividades no hipocampo, onde se processa a aprendizagem e a memória, prejudicando o desenvolvimento dessa área. Causa ainda estragos no córtex pré-frontal, responsável pela capacidade de planear no longo prazo e pelo controlo das emoções. Estudos indicam, que nessa região, a morte de células entre os adolescentes é o dobro da que ocorre nos adultos.

### CORAÇÃO e MÚSCULOS

O abuso de álcool destrói o tecido muscular e todo o sistema vascular, propiciando as inflamações e reduzindo a circulação sanguínea. A hipertensão arterial favorece a deposição de gordura e consequente aumento do órgão. Ataques cardíacos podem ocorrer.



### FÍGADO

É o principal órgão responsável pela metabolização do álcool. Entre todas as células do corpo humano, as do fígado são as mais vulneráveis à destruição pelo excesso de álcool.

Em parte elas conseguem regenerar-se mas é um processo demorado que compromete o órgão, que, no adolescente não funciona, ainda, em plena capacidade.

### SISTEMA ENDÓCRINO

O álcool afeta a produção de testosterona nos homens e de estrogénio nas mulheres, precisamente na fase em que esta produção está num ápice. Pode causar impotência e infertilidade precoces. As taxas das hormonas de crescimento diminuem, bem como as hormonas responsáveis pela calcificação óssea, elevando a probabilidade de osteoporose na vida adulta.

FONTE: <https://pt.dreamstime.com/illustra/1C3NA7N/C3NA3o-stock-vector-o-deseenho-completo-de-adolescente-rulvo-caucasiano-de-sorriso-image60855088>

AUTOR: Jorge Almeida ([jorge.almeida@campus.esel.pt](mailto:jorge.almeida@campus.esel.pt))  
CO-AUTORES: Enfermeira Especialista Fátima Ramalho e Professora Doutora Andreia Costa



#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde (2017). *Abordagem da Intoxicação Alcohólica aguda em Adolescentes e Jovens*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;  
Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M & Equipa Aventura Social (2014). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses Em Tempos de Recessão*. Relatório do Estudo HBSC 2014. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL & FMH/Universidade Técnica de Lisboa, 2015;  
MELLO, M.L.; BARRIAS, J.; BREDA, J. (2001) – *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. ISBN: 972-9425-93-0  
World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: World Health Organization;

## **Apêndice XIV – Plano Operacional: Programação**

Planeamento da Intervenção Comunitária – SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu Escolho...Eu Decido! (ATIVIDADE 1)						
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos pretendidos	Avaliação
<p>► Sessão de Educação para a Saúde, dirigida aos alunos do <u>8º 2</u> e <u>8º 3</u> de uma Escola do Concelho da Amadora.</p> <p>(45 minutos por turma seguido de um intervalo de 10')</p>	<p>O enfermeiro mestrando com a supervisão da Enfermeira Especialista e a colaboração de uma docente do PES.</p>	<p>Sexta-feira 30-11-2018 (10:25 às 12:15)</p>	<p>Sala C5 da Escola</p>	<p>► Apresentação do lema da sessão de EpS “<b>SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu Escolho...Eu Decido!</b>” (Póster de 100 cm por 60 cm exposto na sala (5 min);</p>	<p>► Educar sobre a substância álcool e os efeitos do seu consumo na adolescência;</p>	<p>► Taxa de adolescentes na atividade 1 = <b>97%</b></p> <p><i><math display="block">\frac{N^{\circ} \text{ de adolescentes inquiridos presentes na atividade da IC}}{N^{\circ} \text{ total dos adolescentes inquiridos}} \times 100</math></i></p>
		<p>Quarta-feira 05-12-2018 (11:25 às 13:15)</p>	<p>Sala C5 da Escola</p>	<p>► Utilizando o método pedagógico expositivo – oral, com apoio do PowerPoint e da exibição de pequenos vídeos animados, transmite-se informação pertinente e atualizada sobre a substância álcool os seus efeitos farmacológicos, ação e consequências no organismo. Explica-se a relação do álcool com o desempenho da pessoa sob o seu efeito e, também, sobre as ideias erróneas acerca deste, ligados a mitos e/ou falsos conceitos cultural e tradicionalmente aceites.</p> <p>► INTERVALO DE 10 MINUTOS.</p>	<p>► Educar sobre as consequências do abuso do consumo de álcool e repercussões a curto, medio e longo prazo no individuo, família, comunidade e na sociedade.</p>	





Planeamento da Intervenção Comunitária – SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu Escolho...Eu Decido! (ATIVIDADE 2)						
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos pretendidos	Avaliação
<p>► <b>Sessão de Educação para a Saúde, dirigida aos alunos do 8º 2 e 8º 3 de uma Escola do Concelho da Amadora.</b></p> <p><b>(45 minutos por turma)</b></p>	<p>O enfermeiro mestrando com a supervisão da Enfermeira Especialista e a colaboração de uma docente do PES.</p>	<p>Sexta-feira 30-11-2018 (10:25 às 12:15)</p>	<p>Sala C5 da Escola</p>	<p>► Dinâmica de grupos (método pedagógico expositivo e interrogativo) com apoio do PowerPoint em que cada grupo, previamente formado e organizado pela professora na véspera, responde a uma questão de resposta múltipla. Os 3 primeiros grupos a acertarem na resposta é-lhes atribuídos 3, 2, e 1 pontos respetivamente, aos restantes grupos é-lhes atribuído 0 pontos. Os grupos que acertam na resposta correta deverão justificar e debater a sua escolha. No final da atividade somam-se as pontuações das questões e vence o grupo que tiver acumulado mais pontos. O porta voz de cada grupo muda a cada questão colocada para fomentar a participação de todos <b>(45 min)</b>.</p>	<p>► Promover as inter-relações por forma a criar um ambiente sustentado que reforce e dê sentido às informações transmitidas;</p> <p>► Promover a reflexão e a análise crítica acerca da substância álcool e consequências do seu consumo;</p> <p>► Promover o debate fundamentado e o respeito pelas regras;</p> <p>► Fomentar a tomada de decisão consciente, fundamentada e responsável face ao consumo do álcool.</p>	<p>► Taxa de adolescentes na atividade 2 = <b>97%</b></p> <p><i>Nº de adolescentes inquiridos presentes na atividade da IC</i></p> <hr/> <p><i>Nº total dos adolescentes inquiridos</i> — X 100</p>
		<p>Quarta-feira 05-12-2018 (11:25 às 13:15)</p>	<p>Sala C5 da Escola</p>			

Planeamento da Intervenção Comunitária – SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu Escolho...Eu Decido! (ATIVIDADE 3)						
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos pretendidos	Avaliação
<p>► <b>Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos alunos do 8º 2 e 8º 3 de uma Escola do Concelho de Amadora e respetiva conclusão da Intervenção Comunitária.</b></p> <p><b>(45 minutos por turma)</b></p>	<p>O enfermeiro mestrando com a supervisão da Enfermeira Especialista e a colaboração de uma docente do PES.</p>	<p>Quarta-feira 12-12-2018 (10:25 às 11:15)</p>	<p>Sala B6 da Escola</p>	<p>► Esclarecimento de dúvidas em sessão aberta, respondidas pelos pares sobre a temática e em relação às atividades anteriores <b>(20 min)</b>;</p>	<p>► Consolidar os conhecimentos adquiridos na atividade anterior;</p> <p>► Promover a reflexão sobre a Intervenção Comunitária;</p>	<p>► Taxa das afirmações do QCaA que revelaram um aumento de respostas corretas = <b>82%</b></p> <p><i>Nº de afirmações do QCaA, que revelaram défice de conhecimento antes da IC e que obtiveram um <b>aumento</b> de respostas corretas depois da IC</i></p> $\frac{\text{Nº total das afirmações do QCaA que revelaram um défice de conhecimento antes da IC}}{\text{Nº total das afirmações do QCaA que revelaram um défice de conhecimento antes da IC}} \times 100$ <p>► Taxa de adolescentes que avaliaram a Intervenção Comunitária com “<b>Satisfeito</b> e/ou <b>Muito Satisfeito</b>” = <b>98,5%</b></p> <p><i>Nº de adolescentes inquiridos que avaliaram a IC com “Satisfeito ou Muito satisfeito”</i></p> $\frac{\text{nº total dos adolescentes inquiridos presentes na atividade}}{\text{nº total dos adolescentes inquiridos presentes na atividade}} \times 100$ <p>► Taxa de adolescentes na atividade 3 = <b>89%</b></p> <p><i>Nº de adolescentes inquiridos presentes na atividade da IC</i></p> $\frac{\text{Nº total dos adolescentes inquiridos presentes na atividade da IC}}{\text{Nº total dos adolescentes inquiridos presentes na atividade da IC}} \times 100$
		<p>Quarta-feira 12-12-2018 (11:25 às 12:15)</p>	<p>Sala B2 da Escola</p>	<p>► Reaplicação do QCaA para posterior avaliação e comparação de resultados <b>(20 min)</b>;</p> <p>► Aplicação de um questionário de “Satisfação” para os adolescentes poderem refletir e avaliar a Intervenção Comunitária e a sua importância para a aquisição de conhecimentos <b>(5 min)</b>.</p>		

**Apêndice XV – Diapositivos Apresentados na Atividade Um (1) da Intervenção  
Comunitária**

## Diapositivo 1





# SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE  
ÁLCOOL

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA RAMALHO, E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

30-11-2018

## Diapositivo 2



# SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

OBJETIVOS DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (Atividade 1)

**Objetivo Geral:**

- Contribuir para CAPACITAR os participantes a uma TOMADA DE DECISÃO consciente, fundamentada e responsável face a oferta e ao consumo de álcool

**Objetivos Específicos:**




- Sensibilizar sobre a substância - ÁLCOOL
- Sensibilizar sobre os tipos de bebidas alcoólicas quanto à ORIGEM e GRADUAÇÃO
- Sensibilizar sobre o COMPORTAMENTO do álcool no ORGANISMO
- Esclarecer sobre MITOS e IDEIAS ERRÔNEAS acerca do álcool
- Sensibilizar acerca dos PROBLEMAS ligados ao álcool

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA RAMALHO, E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

30-11-2018


Atividade 1

### Diapositivo 3



## O QUE É O ÁLCOOL?

O álcool etílico ou etanol com a molécula de fórmula química  $CH_3CH_2OH$  é o principal



álcool das bebidas alcoólicas e pode ter diferentes concentrações/graduações. É um líquido incolor, volátil, de cheiro característico, de sabor queimoso. É miscível com a água, ferve a 78,5° e pode separar-se da água, por destilação.

(Mello *et al.*, 2001)

30-11-2018

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 1

### Diapositivo 4



## O ÁLCOOL DAS BEBIDAS ALCOOLICAS VEM DAS...

**Bebidas Fermentadas**

**Bebidas Destiladas**

30-11-2018

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 1

## Diapositivo 5



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!



**O ÁLCOOL DAS BEBIDAS ALCOOLICAS VEM DAS...**

**BEBIDAS FERMENTADAS:** Também conhecidas por Bebidas Não Espirituosas, obtêm-se por fermentação alcoólica dos sumos açucarados, pela ação das leveduras, através de um processo biológico. Pode atingir graduações entre 5° a 14° graus.



**Fermentação**

**BEBIDAS FERMENTADAS**

	→	4° até 12° graus
	→	7° até 14° graus

30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 1

## Diapositivo 6



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!



**O ÁLCOOL DAS BEBIDAS ALCOOLICAS VEM DAS...**

**BEBIDAS DESTILADAS:** Também conhecidas por Bebidas Espirituosas, resultam da destilação (por meio dum alambique) do álcool produzido no decurso da fermentação. Através de um processo de evaporação (seguida de condensação pelo frio) das bebidas fermentadas, obtém-se bebidas mais graduadas.



**BEBIDAS DESTILADAS**

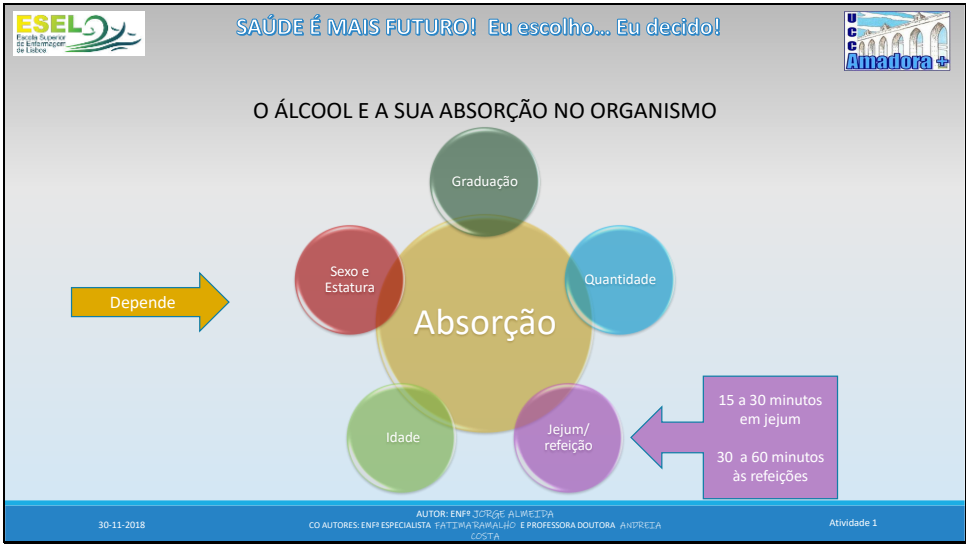
	→	16° até 45° graus
	→	30° até 50° graus
	→	40° até 48° graus

30-11-2018

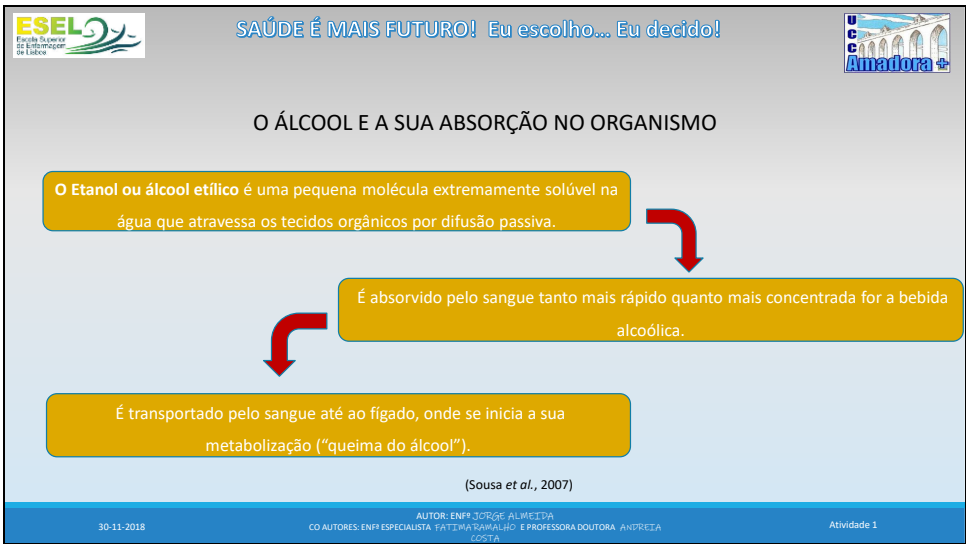
AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 1



Diapositivo 7



Diapositivo 8




## Diapositivo 9



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

### O ÁLCOOL E A SUA ABSORÇÃO NO ORGANISMO

A metabolização ("queima") do Etanol ou álcool etílico faz-se no fígado (95%), sendo o restante eliminado pelos pulmões (ar expirado), rins (urina) e pele (transpiração).



O etanol ou álcool etílico que não consegue ser "queimado" a tempo circula por todo o corpo, concentrando-se nos órgãos que contêm mais água como o cérebro, rins, coração e músculos, intoxicando-os.



(Sousa *et al.*, 2007)

30-11-2018

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 1

## Diapositivo 10

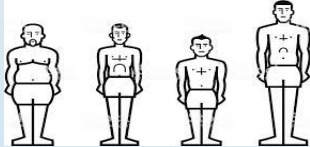



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

### O ÁLCOOL E A SUA ABSORÇÃO NO ORGANISMO (Sexo e Estatura)

As mulheres não podem beber tanto como os homens. E isto não é um preconceito, é um facto biológico. As mulheres são geralmente **mais baixas**. Proporcionalmente **têm menos água** e **mais gordura corporal** – e o álcool não se dissolve facilmente na gordura. É por isso que as mulheres tendem a ter uma **concentração de álcool no sangue superior** à dos homens mesmo quando tenham ingerido menos álcool que os homens.

(Sousa *et al.*, 2007)




30-11-2018

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA


Atividade 1



Diapositivo 11






SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!



O ÁLCOOL E A SUA ABSORÇÃO NO ORGANISMO (Gradação e Volume)

“Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes gradações, os copos habitualmente mais usados para cada uma das diferentes bebidas têm também diferentes volumes, podendo por isso ter quantidades idênticas de álcool. Por norma, uma unidade bebida padrão corresponde a 10 gramas de álcool puro.” in Norma nº 030/2012 de 28/12/2012 atualizada a 18/12/2014 da Direção-Geral de Saúde

~ 12 g de álcool puro				
330 ml de cerveja 	=	100 ml de vinho 	=	30 ml de destilado 

Dose padrão de acordo com a OMS

2g/l ----> 6 cervejas de 330ml a 5% = 78g ----> 8 horas e 30 minutos  
1,6g/l ----> 5 cervejas de 330ml a 5% = 65g ----> 7 horas e 30 minutos  
1,2g/l ----> 4 cervejas de 330ml a 5% = 52g ----> 6 horas  
0,6g/l ----> 2 cervejas de 330ml a 5% = 26g ----> 3 horas  
0,3g/l ----> 1 cerveja de 330ml a 5% = 13g ----> 1 hora e 30 minutos

Risco de problemas ligados ao álcool

30-11-2018

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 1

Diapositivo 12



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!



OS ADOLESCENTES NÃO DEVEM BEBER BEBIDAS ALCOOLICAS PORQUE:



Foi definida uma idade legal para o consumo de álcool, concebida para proteger jovens em crescimento enquanto os seus corpos, cérebros e discernimento ainda se estão a desenvolver.



Prejudicam o desenvolvimento da inteligência, raciocínio, memória e atenção.



Têm maior risco acrescido de dependência (cerca de 50%) e de procurar substâncias ilícitas.





O sistema nervoso e o sistema endócrino são mais vulneráveis ao álcool do que no adulto.

30-11-2018

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 1

## Diapositivo 13



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

### REGRAS DE MODERAÇÃO E RESPONSABILIDADE RELATIVAS AO ÁLCOOL

DEVEM DIZER NÃO ÀS BEBIDAS ALCOÓLICAS:	PODERÃO CONSUMIR BEBIDAS ALCOÓLICAS:
Crianças e jovens até aos 18 anos de idade;	Pessoas adultas saudáveis:
Mulheres grávidas e a amamentar;	Sem ultrapassar 2 copos de cerveja ou vinho repartidos pelas principais refeições do dia;
Pessoas durante o trabalho e que conduzem;	A ingestão de bebidas alcoólicas destiladas deve ser uma situação excecional e devem beber-se muito lentamente devido ao seu elevado teor alcoólico.
Pessoas doentes/debilitadas;	

30-11-2018

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 1

## Diapositivo 14



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

### ÁLCOOL E REPERCUSSÕES SOCIAIS (família):

A família do doente alcoólico é uma família doente, pelo menos emocional e afetivamente, com maior ou menor grau de impossibilidade de funcionar e cumprir as funções essenciais:





(Mello et al., 2001)

30-11-2018

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 1

## Diapositivo 15



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido

### O CONSUMO IRRESPONSÁVEL DE ÁLCOOL É CONDICIONADOR...

Estudos da OMS (2014) confirmam a ação indireta do consumo de álcool, no condicionamento de cerca de 200 doenças e incapacidades. É determinante em múltiplas situações de doenças transmissíveis e não transmissíveis, porque predispõe e agrava outras doenças (doenças infecciosas, doenças cérebro-cardiovasculares, doenças digestivas, neoplasias, doenças psiquiátricas) e é diretamente responsável por uma morbilidade de expressão multiforme com consequências sociais devastadoras.



(World Health Organisation, 2014)

30-11-2018

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 1

## Diapositivo 16



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

Apresentação do vídeo **“O QUE ACONTECE QUANDO BEBEMOS ÁLCOOL?”**

Cedido por: **ANDROLOGIA – CENTRO MÉDICO DE TELEMEDICINA – Dr. Luís Henrique L. Pereira**

Publicado por: **MD. Saúde em 2017** (YouTube®)



<https://youtu.be/xUT5C1cbbc8>

30-11-2018

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 1

## Diapositivo 17



### SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barroso, T. (2012). *Parar para pensar : intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool*. Loures: Lusociência.

DGS. (2017). *Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens*. (D.-G. da Saúde, Ed.). Lisboa.

Direção-Geral da Educação, D.-G. da S. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. (D.-G. da Educação & D.-G. da Saúde, Eds.).



Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M & Equipa Aventura Social (2014). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses Em Tempos de Recessão HBSC Dados Nacionais 2014*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL/FMH/Universidade Técnica de Lisboa, 2015.

Mello, M.L.; Barrias, J.; Breda, J. (2001) – *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. ISBN: 972-9425-93-0

30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

## Diapositivo 18



### SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SICAD. (2015). *Os Jovens o Álcool e a Lei. Consumos , atitudes e legislação*. (SICAD, Ed.). Retrieved from <http://www.sicad.pt>.

Sousa, A., Pinto, A., Sampaio, D., Nunes, E., Baptista, M., Marques, P. (2007). *Consumo de Substâncias Psicoativas e Prevenção em Meio Escolar*. (DGIDC., DGS., IDT Ed.) (1ª Lisboa).

WHO; Regional Office for Europe. (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012 – 2020*.

30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

**Apêndice XVI – Diapositivos Apresentados na Atividade Dois (2) da  
Intervenção Comunitária**

## Diapositivo 1



# SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!



---

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – DINAMICA DE GRUPOS  
**ÁLCOOL**

AUTOR: ENFP JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFP ESPECIALISTA FÁTIMA RAMALHO, E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

30-11-2018

## Diapositivo 2



# SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

OBJETIVOS DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – DINAMICA DE GRUPOS (Atividade 2)

**Objetivo Geral:**

- Contribuir para CAPACITAR os participantes a uma TOMADA DE DECISÃO consciente, fundamentada e responsável face ao consumo de álcool

**Objetivos Específicos:**



- Sensibilizar sobre a substância - ÁLCOOL
- Sensibilizar sobre os tipos de bebidas alcoólicas quanto à – ORIGEM e GRADUAÇÃO
- Sensibilizar sobre o COMPORTAMENTO do álcool no ORGANISMO
- Esclarecer sobre MITOS e IDEIAS ERRÔNEAS acerca do álcool
- Sensibilizar acerca dos PROBLEMAS ligados ao álcool

30-11-2018

AUTOR: ENFP JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFP ESPECIALISTA FÁTIMA RAMALHO, E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 2

### Diapositivo 3



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

Apresentação do vídeo **“O QUE ACONTECE QUANDO BEBEMOS ÁLCOOL?”**  
Cedido por: **ANDROLOGIA – CENTRO MÉDICO DE TELEMEDICINA – Dr. Luís Henrique L. Pereira**  
Publicado por: **MD. Saúde em 2017 (YouTube®)**

<https://youtu.be/xUT5Cicbbc8>

30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉJA COSTA

Atividade 2

### Diapositivo 4



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

O ÁLCOOL DAS BEBIDAS ALCOOLICAS É:

a) ÁLCOOL ETÍLICO ou ETANOL COMO O QUE SE VENDE NAS FARMÁCIAS

b) WHISKY DA MELHOR QUALIDADE

c) CERVEJA MUITO GRADUADA

d) ACETONA




30-11-2018


AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉJA COSTA

Atividade 2

Diapositivo 5



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!






O ÁLCOOL DAS BEBIDAS ALCOOLICAS:

a) NÃO É UMA DROGA PORQUE É LEGAL EM PORTUGAL E NA MAIORIA DOS PAISES DO MUNDO

b) É UMA DROGA DEPRESSORA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL, COM EFEITOS PSICOATIVOS-DESINIBIDORES

c) NÃO É UMA DROGA PORQUE NÃO PROVOCA DEPENDENCIA A QUEM A CONSOME

d) É UMA DROGA QUE SÓ PROVOCA DEPENDENCIA SE CONSUMIDA DURANTE A ADOLESCÊNCIA



30-11-2018

AUTOR: ENFP JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFP ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉJA COSTA

Atividade 2

Diapositivo 6



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!



O TEOR ALCOOLICO OU GRADUAÇÃO ALCOOLICA DE UMA BEBIDA É MAIS BAIXO NAS:

a) BEBIDAS FERMENTADAS COMO A CERVEJA, VINHO, CIDRA ...

b) BEBIDAS DESTILADAS COMO OS APERITIVOS, LICORES, SHOTS, VODKA, WHISKY...

BEBIDAS FERMENTADAS



4° até 12° graus



7° até 14° graus

BEBIDAS DESTILADAS



APERITIVOS

16° até 45° graus



LICORES  
SHOTS

30° até 50° graus



VODKA  
WHISKY

40° até 48° graus

30-11-2018

AUTOR: ENFP JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFP ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉJA COSTA

Atividade 2

124



Diapositivo 7



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!



DILUIR BEBIDAS ALCOOLICAS COM ÁGUA OU REFRIGERANTES:

a) DIMINUI O TEOR ALCOOLICO DA BEBIDA

b) AUMENTA O TEOR ALCOOLICO DA BEBIDA

c) AUMENTA O VOLUME DA BEBIDA MAS MANTÉM O MESMO TEOR ALCOOLICO

ACRESCENTAR ÁGUA OU SUMOS NÃO DIMINUI O TEOR ALCOOLICO DA BEBIDA




30-11-2018


AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 2

Diapositivo 8



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!



BEBER UMA LATA DE CERVEJA COM 330 ml É O MESMO QUE BEBER...

a) 100 ml DE VINHO

b) 30 ml DE WHISKY

c) AMBAS AS ALINEAS a) E b) ESTÃO CERTAS

~ 12 g de álcool puro				
330 ml de cerveja	=	100 ml de vinho	=	30 ml de destilado

*Dose padrão de acordo com a OMS*

“Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados para cada uma das diferentes bebidas têm também diferentes volumes, podendo por isso ter quantidades idênticas de álcool. Por norma, uma unidade bebida padrão corresponde a 10 gramas de álcool puro.” in Norma nº 030/2012 de 28/12/2012 atualizada a 18/12/2014 da Direção-Geral de Saúde

30-11-2018

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 2

Diapositivo 9

**ESEL** Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

**UCC Amadora**

O ÁLCOOL É ABSORVIDO PELO SANGUE...

a) MAIS LENTAMENTE SE A PESSOA TIVER ACABADO DE COMER

b) MAIS RAPIDAMENTE SE A PESSOA ESTIVER EM JEJUM

c) AMBAS AS ALINEAS a) E b) ESTÃO CERTAS

**ESTÔMAGO CHEIO**  
O EFEITO DO ÁLCOOL COMEÇA ENTRE 30 A 60 MINUTOS APÓS O SEU CONSUMO

**ESTÔMAGO VAZIO**  
O EFEITO DO ÁLCOOL COMEÇA ENTRE 15 A 30 MINUTOS APÓS O SEU CONSUMO

30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 2

Diapositivo 10

**ESEL** Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

**UCC Amadora**

ENTRE DOIS HOMENS COM MASSA MUSCULAR E ALTURAS DIFERENTES, O ÁLCOOL É ABSORVIDO MAIS RAPIDAMENTE PELO SANGUE...

a) NO HOMEM MAIS ALTA E COM MAIS MASSA MUSCULAR

b) NO HOMEM MAIS BAIXA E COM MENOR MASSA MUSCULAR


c) EM QUALQUER DAS SITUAÇÕES DA ALINEA a) E b)

30-11-2018


AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 2

## Diapositivo 11




SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!



ENTRE UM HOMEM E UMA MULHER, O ÁLCOOL É ABSORVIDO MAIS RAPIDAMENTE PELO SANGUE...


a) NO HOMEM
b) NA MULHER


c) NO HOMEM E NA MULHER


As mulheres não podem beber tanto como os homens. **E isto não é um preconceito**, é um facto biológico. As mulheres são geralmente **mais baixas**. Proporcionalmente **têm menos água e mais gordura corporal** – e o álcool não se dissolve facilmente na gordura. É por isso que as mulheres tendem a ter uma **concentração de álcool no sangue superior** à dos homens mesmo quando tenham ingerido menos álcool que os homens. (Sousa et al., 2007)

30-11-2018
AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA
Atividade 2

## Diapositivo 12



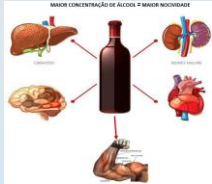

SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!



O ÁLCOOL QUANDO PASSA PARA O SANGUE TEM PREFERENCIA PELAS PARTES DO NOSSO ORGANISMO QUE CONTÉM MAIS ÁGUA:

a) OS OSSOS
b) CÉREBRO, FÍGADO, CORAÇÃO, RINS E MÚSCULOS


c) TODOS OS TECIDOS ORGANICOS DO CORPO

O álcool intoxica todo o organismo mas concentra-se essencialmente no....

30-11-2018
AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA
Atividade 2

## Diapositivo 13



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!




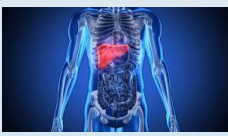

OS ADOLESCENTES NÃO DEVEM BEBER BEBIDAS ALCOOLICAS PORQUE:

a) NÃO TEM IDADE LEGAL PARA BEBER  
ÁLCOOL EM PORTUGAL

b) OS PRINCIPAIS ÓRGÃOS, NOMEADAMENTE O FÍGADO, NÃO  
ESTÃO PREPARADOS PARA O SEU CONSUMO

c) O ÁLCOOL IMPEDE O SEU PLENO DESENVOLVIMENTO FÍSICO,  
PSICOLÓGICO E SOCIAL

d) AS ALÍNEAS a), b) E c) ESTÃO CERTAS





30-11-2018

AUTOR: ENFP JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFP ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 2

## Diapositivo 14




SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

BEBER BEBIDAS ALCOOLICAS AQUECE-NOS?

a) SIM

b) NÃO



O ÁLCOOL NÃO AQUECE.

INDIRETAMENTE O ÁLCOOL FAZ AUMENTAR A PRESSÃO SANGUÍNEA E A VASODILATAÇÃO CUTÂNEA, O QUE PROVOCA UMA SENSAÇÃO DE CALOR.

MAS ESSA DESLOCAÇÃO DE SANGUE PROVOCA UMA PERDA DE CALOR NO INTERIOR DO ORGANISMO, O QUE PREJUDICA O BOM FUNCIONAMENTO DOS NOSSOS ÓRGÃOS.

30-11-2018

AUTOR: ENFP JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFP ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 2

Diapositivo 15




**ESEL** Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

**UCC Amadora**

BEBER BEBIDAS ALCOOLICAS AUMENTA A NOSSA FORÇA?

a) SIM      b) NÃO

O ÁLCOOL **NÃO AUMENTA** A NOSSA FORÇA. DÁ A **ILUSÃO** DE UMA NOVA ENERGIA. A **EUFORIA** DISFARÇA A FADIGA MUSCULAR

30-11-2018      AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA      Atividade 2

Diapositivo 16

**ESEL** Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

**UCC Amadora**

BEBER BEBIDAS ALCOOLICAS "MATA" A SEDE?

a) SIM      b) NÃO

O ÁLCOOL **NÃO "MATA"** A SEDE. FAZ-NOS **URINAR MAIS VEZES**, PROVOCANDO **DESIDRATAÇÃO**, O QUE AUMENTA A NOSSA SEDE.

30-11-2018      AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA      Atividade 2

Diapositivo 17

SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

BEBER BEBIDAS ALCOOLICAS ABRE O APETITE E AJUDA NA DIGESTÃO?

a) SIM

b) NÃO

O ÁLCOOL **NÃO ABRE** O APETITE E **NÃO “AJUDA”** NA DIGESTÃO .  
O ÁLCOOL PROVOCA UM ESVAZIAMENTO GÁSTRICO MAIS RÁPIDO, FACILITANDO A PASSAGEM DOS ALIMENTOS PARA O INTESTINO, SEM QUE ESTEJAM COMPLETAMENTE DIGERIDOS.

DÁ A **SENSAÇÃO DE SACIEDADE**

30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 2

Diapositivo 18

SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

BEBER COM MODERAÇÃO SIGNIFICA, UM ADULTO SAUDÁVEL...

a) BEBER DE MANEIRA A NÃO SE SENTIR TONTO OU MALDISPOSTO

b) BEBER 1 OU 2 COPOS DE BEBIDAS FERMENTADAS, REPARTIDAS PELAS PRINCIPAIS REFEIÇÕES

c) BEBER 1 OU 2 LATAS DE CERVEJA OU 1 OU 2 DOSES DE VINHO OU 1 OU 2 DOSES DE WHISKY EM 24 HORAS

d) AS ALINEAS b) e c) ESTÃO CERTAS

330 ml de  
cerveja

=

100 ml de  
vinho

=

30 ml de  
destilado

~ 12 g de álcool puro

Dose padrão de acordo com a OMS

BEBIDA (% Vol. de álcool)	Volume padrão de consumo	Teor Alcolico em grama e Unidade de Bebida Padrão (UBP)
CERVEJA (5,0%)	330 ml	13 grama de álcool puro ou 1,3 UBP
CERVEJA (5,0%)	200 ml	10 grama de álcool puro ou 1 UBP
VINHO (12%)	100 ml	10 grama de álcool puro ou 1 UBP
WHISKY (40%)	30 ml	10 grama de álcool puro ou 1 UBP

30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 2

## Diapositivo 19

SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido

O CONSUMO IRRESPONSÁVEL DE ÁLCOOL É CONDICIONADOR...

a) DE CERCA DE 200 DOENÇAS E INCAPACIDADES

b) DE REDUÇÃO DE PRODUTIVIDADE, RUPTURA FAMILIAR, VIOLÊNCIA, ACIDENTES ...

c) E AGRAVA DOENÇAS INFECIOSAS, DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES, DIGESTIVAS, PSIQUIÁTRICAS E CANCROS

d) AS ALINEAS a), b) E c) ESTÃO CERTAS





30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 2

## Diapositivo 20

SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido

O CONSUMO DE ÁLCOOL PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA?

a) SIM

b) NÃO

c) TALVEZ

Define-se dependência alcoólica como um conjunto de fenómenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos nos quais o uso do álcool para um dado indivíduo torna-se prioritário em relação a outros comportamentos que antes tinham mais importância. A característica central é o desejo ou compulsão forte (dificuldade de controlar) para consumir álcool.

(DGS, 2014)

30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 2

## Diapositivo 21



### SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

Apresentação do vídeo **"O QUE É A RESSACA?"**

Cedido por: **ANDROLOGIA – CENTRO MÉDICO DE TELEMEDICINA** – Dr. Luís Henrique L. Pereira

Publicado por: **MD, Saúde em 2017** (YouTube®)



<https://youtu.be/9q4uEg2Dvko>

30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAPALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 2

## Diapositivo 22



### SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido!

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barroso, T. (2012). *Parar para pensar: intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool*. Loures: Lusociência.

DGS. (2017). *Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens*. (D.-G. da Saúde, Ed.). Lisboa.

Direção-Geral da Educação, D.-G. da S. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. (D.-G. da Educação & D.-G. da Saúde, Eds.).

Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M & Equipa Aventura Social (2014). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses Em Tempos de Recessão HBSC Dados Nacionais 2014*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL/FMH/Universidade Técnica de Lisboa, 2015.



Mello, M.L.; Barrias, J.; Breda, J. (2001) – *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. ISBN: 972-9425-93-0

30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAPALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA



## Diapositivo 23



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SICAD. (2015). *Os Jovens o Álcool e a Lei. Consumos , atitudes e legislação.* (SICAD, Ed.). Retrieved from <http://www.sicad.pt>.

Sousa, A., Pinto, A., Sampaio, D., Nunes, E., Baptista, M., Marques, P. (2007). *Consumo de Substâncias Psicoativas e Prevenção em Meio Escolar.* (DGIDC., DGS., IDT Ed.) (1ª Lisboa).

WHO; Regional Office for Europe. (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012 – 2020.*

30-11-2018

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

## Diapositivo 24



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido





Eu Escolho... Eu Decido!

30-11-2018

AUTOR: ENFª JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFª ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

Atividade 2

## Diapositivo 25




### SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido

**O álcool etílico ou etanol** com a molécula de fórmula química  **$CH_3CH_2OH$**  é o principal álcool das bebidas alcoólicas e pode ter diferentes concentrações/graduações. É um líquido incolor, volátil, de cheiro característico, de sabor queimoso e densidade 0,8. É miscível com a água, ferve a 78,5° e pode separar-se da água, por destilação.

**O álcool etílico ou etanol é o agente da doença alcoólica.**



(Mello *et al.*, 2001)



30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

## Diapositivo 26




### SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido

**ÁLCOOL:** É uma droga depressora do sistema nervoso central com efeitos psicoativos. Atua bloqueando o sistema cerebral responsável pelo controlo das inibições. Estas, ao verem-se bloqueadas, fazem com que o indivíduo se sinta “eufórico”, “alegre” e com uma falsa segurança em si mesmo que o leva a adotar comportamentos perigosos.

**É uma droga depressora** porque à sensação inicial de euforia e de desinibição, segue-se um estado de sonolência, turvação da visão, descoordenação muscular, diminuição da capacidade de reação, diminuição da capacidade de atenção e compreensão, fadiga muscular, etc.

E se as doses ingeridas forem muito elevadas, **caso de intoxicação etílica aguda**, pode surgir depressão respiratória, coma etílico e eventualmente a morte.



SICAD - <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemid=1>



30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

## Diapositivo 27




SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido

**BEBIDAS FERMENTADAS:** Também conhecidas por Bebidas Não Espirituosas, obtêm-se por fermentação alcoólica dos sumos açucarados, pela ação das leveduras, através de um processo biológico.

**BEBIDAS DESTILADAS:** Também conhecidas por Bebidas Espirituosas, resultam da destilação (por meio dum alambique) do álcool produzido no decurso da fermentação. Através de um processo de evaporação (seguida de condensação pelo frio) das bebidas fermentadas, obtém-se bebidas mais graduadas.



(Mello *et al.*, 2001)



30-11-2018

AUTOR: ENFP JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFP ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA


## Diapositivo 28



SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido

**O ÁLCOOL NÃO É UM ALIMENTO/NUTRIENTE:** Porque produz calorias inúteis (vazias) para os músculos e não serve para o funcionamento das células. Contrariamente aos verdadeiros nutrientes, ele não ajuda na edificação, construção e reconstrução do organismo.



(Sousa *et al.*, 2007)



30-11-2018

AUTOR: ENFP JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFP ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

## Diapositivo 29




### SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido

**PORQUE OS ADOLESCENTES NÃO PODEM BEBER ÁLCOOL?** As orientações para o consumo de álcool de baixo risco são dirigidas a **adultos** e não a **menores** os quais não “queimam” o álcool da mesma forma que os adultos.

- O fígado não está preparado para eliminar o álcool;
- O cérebro – ainda em desenvolvimento – é mais suscetível a danos causados pelo álcool, que causa problemas de aprendizagem e de memória;
- O consumo de álcool nesta fase de modificações físicas e emocionais tem consequências físicas e psicológicas negativas de longo prazo.



Por estes motivos, foi definida uma idade legal para o consumo de álcool, concebida para proteger jovens em crescimento enquanto os seus corpos, cérebros e discernimento ainda se estão a desenvolver.



30-11-2018


AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

## Diapositivo 30




### SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido

A GRADUAÇÃO ALCOOLICA de uma bebida é definida pela percentagem volumétrica de álcool puro nela contido. Assim, por exemplo: um vinho de 13° (Graus) significa que 1L contém 13%Vol de álcool, isto é, 130 ml de álcool puro ou 104 grama de álcool puro.





TEOR ALCOOLICO



30-11-2018

AUTOR: ENF. JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENF. ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA


## Diapositivo 31



### SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido

O ÁLCOOL NÃO DÁ FORÇA: Tem uma ação excitante e anestésica, que **disfarça o cansaço**, dando a **ilusão** de voltarem as forças. Mas algum tempo depois o cansaço é a **DOBRAR** porque o álcool gastou energia ao ser “queimado” no fígado.



(Sousa *et al.*, 2007)



30-11-2018

AUTOR: ENFP JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFP ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA


## Diapositivo 32



### SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido

O ÁLCOOL NÃO “MATA” A SEDE: A sensação de sede significa necessidade de água no organismo. O álcool faz com que uma considerável quantidade de água, que faz falta ao organismo, saia pela urina. Quanto maior for a quantidade de álcool numa bebida, menos consegue “matar” a sede.


(Sousa *et al.*, 2007)




30-11-2018

AUTOR: ENFP JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFP ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

## Diapositivo 33



### SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido




O **ÁLCOOL NÃO AJUDA NA DIGESTÃO, NEM ABRE O APETITE**: O que acontece é que o álcool faz com que os movimentos do estômago sejam muito mais rápidos, fazendo os alimentos passarem para o intestino sem estarem devidamente digeridos. O resultado é a falta de apetite e o aparecimento de gastrites e úlceras.

(Sousa *et al.*, 2007)


30-11-2018

AUTOR: ENFP JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFP ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA

## Diapositivo 34




### SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido



**BEBER ÁLCOOL COM MODERAÇÃO**: A capacidade do organismo processar o álcool depende de vários fatores como a **idade**, o **peso** e o **sexo**.  
Num homem saudável a quantidade máxima diária recomendada são **1 a 2 bebidas** padrão ou até **20g** de álcool puro. Na mulher a quantidade máxima diária recomendada é **1 bebida** padrão ou **10g** de álcool puro.

(DGS, 2014; OMS 2014)



O organismo elimina, em média, **0,1 g/l de álcool no sangue, por hora**, e não há modo de acelerar isto. Assim, uma pessoa que tiver uma taxa de alcoolemia de **0,5g/l**, precisa de +- **3 horas** para atingir uma alcoolemia de **0,0g/l**.

2g/l ----> 6 cervejas de 330ml a 5% = 78g ----> 8 horas e 30 minutos	 Risco de problemas ligados ao álcool
1,6g/l ----> 5 cervejas de 330ml a 5% = 65g ----> 7 horas e 30 minutos	
1,2g/l ----> 4 cervejas de 330ml a 5% = 52g ----> 6 horas	
0,6g/l ----> 2 cervejas de 330ml a 5% = 26g ----> 3 horas	
0,3g/l --> 1 cerveja de 330ml a 5% = 13g -----> 1 hora e 30 minutos	

30-11-2018

AUTOR: ENFP JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFP ESPECIALISTA FÁTIMA KAMALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA


## Diapositivo 35



### SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu escolho... Eu decido

Estudos da OMS (2014) confirmam a ação indireta do consumo de álcool, no condicionamento de cerca de 200 doenças e incapacidades. É determinante em múltiplas situações de doenças transmissíveis e não transmissíveis, porque predispõe e agrava outras doenças (doenças infecciosas, doenças cérebro-cardiovasculares, doenças digestivas, neoplasias, doenças psiquiátricas) e é diretamente responsável por uma morbilidade de expressão multiforme com consequências sociais devastadoras.

(World Health Organisation, 2014)



30-11-2018

AUTOR: ENFERMEIRO JORGE ALMEIDA  
CO AUTORES: ENFERMEIRISTA TATIANA KAPALHO E PROFESSORA DOUTORA ANDRÉIA COSTA







## **Apêndice XVII – Questionário de Avaliação da Intervenção Comunitária**

## QUESTIONARIO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA – “SAÚDE É MAIS FUTURO! Eu Escolho...Eu Decido!”

Ano: _____	Turma: _____	Idade: _____	Sexo: _____
------------	--------------	--------------	-------------

Gostaria de saber a tua opinião acerca do tema desenvolvido e a forma como este foi abordado, por isso agradecia que respondesses às seguintes questões assinalando com uma cruz (X) a opção com a qual estiveres mais de acordo.

	Insatisfeito 	Pouco satisfeito 	Satisfeito 	Muito satisfeito 
Os assuntos abordados foram do meu interesse				
Compreendi os assuntos abordados				
Adquiri conhecimentos				
Os conhecimentos adquiridos foram importantes porque me ajudarão a tomar decisões mais responsáveis				

Ano letivo 2018/2019

OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO

## **ANEXOS**

## **Anexo I – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**

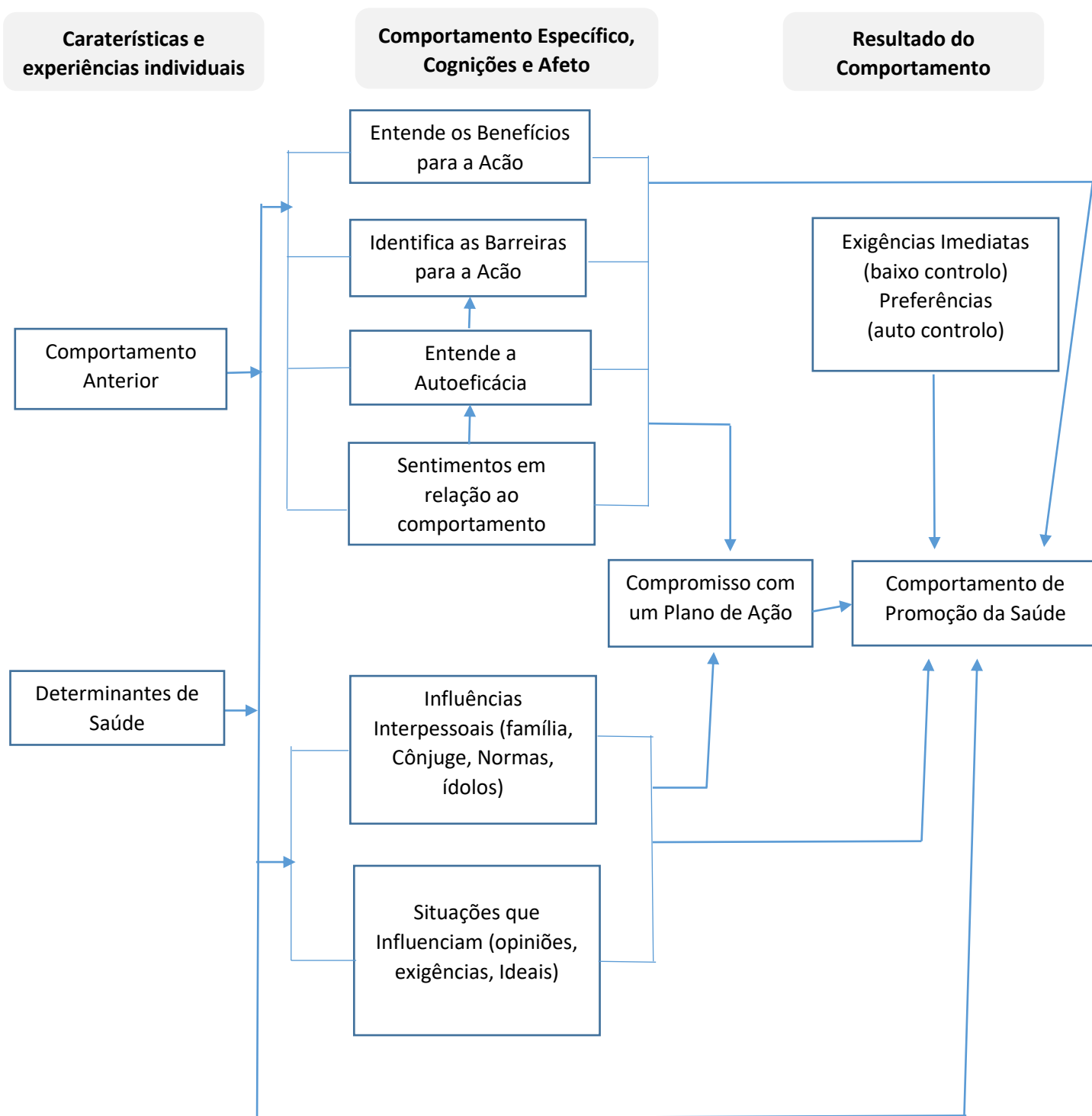
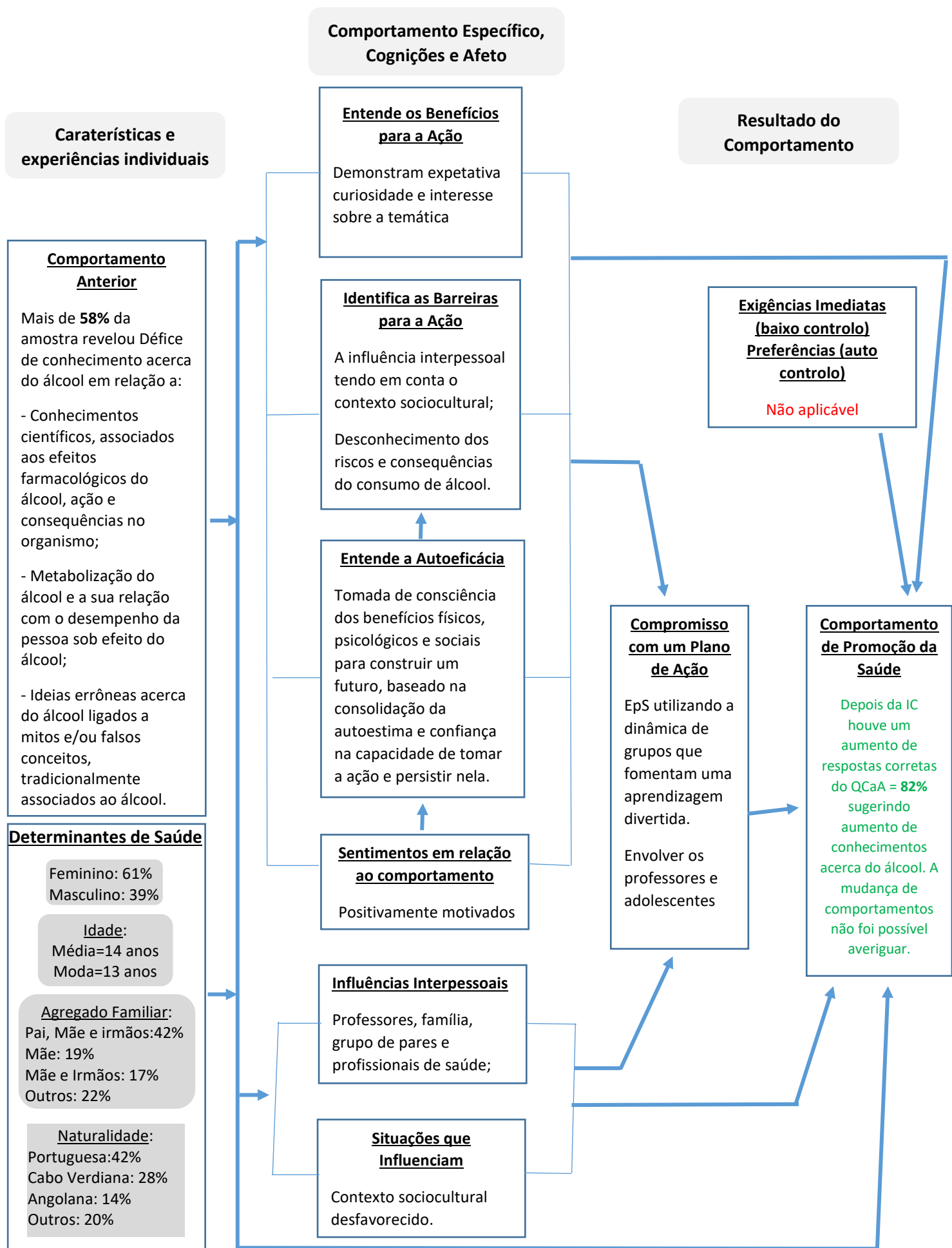


Diagrama adaptado do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice* 2015



**Diagrama adaptado do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.** Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice* 2015

## **Anexo II – Autorização da CNPD**





Autorização n.º 5061/ 2018

Jorge Emanuel Vicente Almeida notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico com Intervenção, denominado Prevenção do Risco para o Consumo de Substâncias Aditivas Consumo de Álcool, nos Adolescentes de uma Escola .

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.



Proc. n.º 6759/ 2018 2

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Jorge Emanuel Vicente Almeida

Finalidade – Estudo Clínico com Intervenção, denominado Prevenção do Risco para o Consumo de Substâncias Aditivas Consumo de Álcool, nos Adolescentes de uma Escola

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; composição do agregado familiar sem identificação dos membros

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 12-04-2018

A Presidente

Filipa Calvão

### **Anexo III – Autorização da DGE**

## Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0639400001

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0639400001, com a designação *Prevenção do Risco para o Consumo de Substâncias Aditivas – Consumo de Álcool, nos Adolescentes de uma Escola*, registado em 16-04-2018, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Jorge Emanuel Vicente Almeida Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas. Com os melhores cumprimentos

José Vítor Pedroso Diretor-Geral DGE

Observações:

a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização da Direção do Agrupamentos de Escolas do ensino público Dr. Azevedo Neves a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento. b) Devem ser cumpridas as disposições da Autorização da CNPD nº 5061/2018 de 12 de Abril nos termos e condições fixados, resultando obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os inquiridos e seus representantes legais e a quem intervenha na recolha e tratamento de dados pessoais. c) Informa-se ainda que a DGE não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

#### **Anexo IV – Apreciação favorável da CES da ARSLVT**

Exmo. Senhor

Dr. Jorge Almeida

[jorge.almeida@arslvt.min-saude.pt](mailto:jorge.almeida@arslvt.min-saude.pt)

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

6189/CES/2018

26.06.2018

**Assunto: Prevenção do Risco para o Consumo de Substancias Aditivas - Consumo de Álcool, nos Adolescentes de uma Escola.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação do dia 08.06.2018, por votação electrónica, tendo sido emitido um parecer favorável condicionado.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido relativamente a este estudo, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização, desde que resolvida a condição mencionada no parecer.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo



Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa  
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723  
[geral@arslvt.min-saude.pt](mailto:geral@arslvt.min-saude.pt) | [www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)

**Parecer**

**Proc.031/CES/INV/2018**

**IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO**

**Título do projecto (de estudo, investigação, etc.)**

Prevenção do Risco para o Consumo de Substâncias Aditivas - Consumo de Álcool, nos Adolescentes de uma Escola.

**Promotor e Investigador principal (juntar resumo CV)**

Jorge Emanuel Vicente Almeida, a exercer enfermagem na UCC Amadora+/ACES Amadora, licenciado em Enfermagem a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

**Tipo de estudo:** Observacional, Descritivo, Exploratório e Transversal.

**Local onde decorre o estudo (Departamento, Instituto, Laboratório, etc.)**

O projeto será desenvolvido no Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves, (freguesia da Damaia, concelho da Amadora) nas turmas do 8º ano. A escolha deste agrupamento de escolas foi aleatório e foi de encontro com a Saúde Escolar da UCC Amadora+ do ACES Amadora.

**Apreciação:**

**Documentos presentes:**

- Protocolo
- Cronograma
- CV
- Autorização da DGS e da hierarquia de enfermagem do ACeS
- Declaração de Orientadora do estudo
- Autorização da CNPD
- Autorização/aprovação da Direção Geral da Educação

Aguarda parecer positivo da Diretora Executiva do ACES Amadora

**Objeções:**

**Relativamente ao protocolo:**

Trata-se de um estudo exploratório a efectuar por inquérito anónimo a uma população de adolescentes de uma escola da Grande Lisboa, pertencente ao ACeS da Amadora, no contexto de Programa de Saúde Escolar. O investigador afirma que o objetivo geral do projeto visa contribuir para a promoção de comportamentos saudáveis que visem a prevenção do consumo de álcool nos adolescentes da escola, mas não explicita a sua

operacionalização. Este projeto terá como população (não prevista quantitativamente) constituída pelos alunos das turmas do 8º e 9º ano. O Diagnóstico da situação de saúde será levantado através de questionários que serão aplicados, numa primeira fase, aos alunos do 8º ano, durante o mês de Maio do ano letivo 2017/2018. Numa segunda fase decorrerá a implementação do projeto, aos mesmos alunos que transitarem para o 9º ano do ano letivo 2018/2019, esta fase prevê-se que decorrerá durante o primeiro período.

#### Questões por esclarecer

1. O protocolo apresentado carece de explicitação a vários níveis, nomeadamente:
  - Definição de objectivos principais e eventualmente secundários, ou seja caracterização dos aspectos práticos a focar, estudar ou implementar, para a concretização da prevenção do consumo de álcool em adolescentes.
  - Variáveis a estudar (demográficas?, sociais?, comportamentais?, outras? )
  - População calculada a envolver
    - Não é perceptível a razão do estudo visar exclusivamente a população de adolescentes que frequenta o 8º e 9º ano? Porque não incluir a do 10º ao 12º?
2. Relativamente ao consentimento informado deverá este também ser presente aos participantes do estudo, dado possuírem competências cognitivas, capacidade decisional e autonomia para consentirem neste tipo de estudo. Lembramos que a lei prevê que os adolescentes com comportamentos aditivos ou de risco podem autonomamente recorrer aos cuidados de saúde, sem conhecimento ou consentimento parental, contemplando o direito à privacidade e confidencialidade dos adolescentes nesta e noutras matérias.
3. Do folheto informativo deverá constar o tempo aproximado despendido no preenchimento do questionário e o facto da recusa em participar não prejudicar os cuidados de saúde a prestar.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

4 de maio de 2018

As respostas do investigador às objecções da Comissão foram consideradas satisfatórias, pelo que a Comissão propõe a emissão de um parecer favorável condicionado à entrega da declaração da Direcção Executiva do ACES.

8 de junho de 2018